DEMOCRACIA NO ENSINO E NAS INSTITUIÇÕES

A FACE PEDAGÓGICA DO SUS

Tânia Celeste Matos Nunes

DEMOCRACIA NO ENSINO E NAS INSTITUIÇÕES

A FACE PEDAGÓGICA DO SUS

Revisão Técnica

Carlos Henrique Assunção Paiva

ISBN: 978-85-7541-147-6

Capa, projeto gráfico e editoração eletrônica
Adriana Carvalho e Carlos Fernando Reis
Revisão e copidesque
Fernanda Veneu
Normalização de referências e bibliografia
Clarissa Bravo
Supervisão editorial
M. Cecilia G. B. Moreira

Catalogação-na-fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

N972d Nunes, Tânia Celeste Matos
Democracia no Ensino e nas Instituições: a face pedagógica do SUS. / Tânia Celeste Matos Nunes. / Rio de Janeiro : Editora FIOCRUZ, 2007.
180 p., tab., graf.

1.Política de Saúde. 2.Democracia. 3.Ensino-história-Brasil. 4.Escolas de Saúde Pública. 5.Sistema Único de Saúde. I.Título.

CDD - 22.ed. - 610.7

2007
Editora Fiocruz
Av. Brasil, 4036 – 1° andar – sala 112 – Manguinhos
21041-361 – Rio de Janeiro – RJ
Tels.: (21) 3882-9039 e 3882-9041
Telefax: (21) 3882-9006
e-mail: editora@fiocruz.br
http://www.fiocruz.br/editora

Dedico esse livro a José Augusto, Juliana e Roberta,
que dão sentido especial à minha vida.

E a meus pais, Maria e Vivaldo,
e tios, Antônio e Ruth,
que me ensinaram a acreditar na educação
como um caminho de libertação.

Sumário

Prefácio

Democracia no Ensino e nas Instituições trata de uma questão extremamente atual e desafiadora: como contribuir na formação de sujeitos comprometidos com a defesa, proteção, manutenção e promoção da saúde de uma coletividade?

Esta questão encerra, em primeiro lugar, uma esperança e uma consciência crítica. Esperança de que a pedagogia, o trabalho do educador e a escola possam ajudar na constituição de novos sujeitos. Consciência de que ninguém forma ninguém, ninguém educa ninguém, de que os educadores precisam, também, ser educados. Em segundo lugar, a pergunta aventa a possibilidade de um compromisso desses sujeitos com a vida e a saúde de uma população evitando, propositadamente, chamá-los de sanitaristas, profissionais ou trabalhadores de saúde. Insinua, por outro lado, que o comprometimento com tais ações implica tomar partido pela vida e pela emancipação das pessoas diante dos modos de vida, do Estado e dos modos de produção econômica.

Tânia Celeste tem dedicado inteligência, afeto, trabalho e compromisso à causa dos chamados 'recursos humanos em saúde'. Como professora, dirigente estadual e nacional dessa área, diretora de escola técnica, vice-presidente da Fiocruz, pesquisadora, militante do movimento da Reforma Sanitária e coordenadora de grupo de trabalho da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), a autora é uma das pessoas mais qualificadas da saúde coletiva na temática da educação e do trabalho em saúde. Ao revisitar um momento de inflexão da saúde pública e de politização da saúde no Brasil, analisa, neste livro, projetos desenvolvidos por duas escolas do sudeste, como 'traçadores' das mudanças na formação de profissionais voltados para a saúde da coletividade em instituições hipercomplexas.

O livro contém algumas lições: a) mesmo durante a vigência de uma ditadura, é possível conceber políticas alternativas; b) mais importante que

definir uma 'imagem-objetivo' é iniciar processos (como ensinam Francisco Assis Machado, o Chicão do projeto Montes Claros, e o pensador argentino Mario Testa); c) a dialética do instituído-instituinte pode ser bem explorada por sujeitos constituídos em um dado projeto.

Assim, a resistência contra o autoritarismo e o movimento de democratização da saúde possibilitaram a construção de um projeto com dupla face: a saúde coletiva, de um lado, e a Reforma Sanitária brasileira, de outro. A primeira, construída a partir de uma crítica radical à medicina preventiva, à saúde comunitária e à saúde pública institucionalizada. E a segunda, a Reforma Sanitária, como expressão da luta pelo direito à saúde e como proposta de mudanças sociais diante da deterioração das condições de saúde da população brasileira nos anos do 'milagre econômico' e da crise das políticas privatizantes, não superada pelos programas especiais e pela Lei n. 6.229/75 que pretendiam organizar o Sistema Nacional de Saúde.

Portanto, a inspiração para tal projeto não partia de um propósito de renovação da saúde pública convencional, à imagem e semelhança do Estado burocrático-autoritário de então, mas dos princípios e utopias da medicina social do século XIX, de acordo com Rudolf Virchow, defendendo um Estado democrático e mudanças da organização econômica e social para a garantia do direito à saúde e melhoria das condições de vida.

Esta vertente crítica era alimentada pela produção teórica originária de alguns departamentos e programas de pós-graduação de medicina preventiva e social e, posteriormente, por escolas de saúde pública. Nesse particular, o livro destaca a importância do acolhimento, pela então Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), de docentes do Departamento de Medicina Social de Campinas, perseguidos por motivos políticos, que deram vida ao Programa de Estudos Econômicos e Sociais (Peses) financiado pela Finep.

Cabe destacar o olhar sobre o projeto Saúde Coletiva/Reforma Sanitária brasileira para além do ângulo das políticas e dos movimentos sociais, ampliando-o para o ensino e suas relações com os serviços e o mercado de trabalho, ainda que o foco tenha-se concentrado em apenas duas escolas. É possível identificar convergências e distinções entre as duas experiências e considerar certos movimentos mais progressistas ou conservadores no interior do aparelho escolar, em função das demandas dos serviços de saúde e da dinâmica da sociedade brasileira. Nesse aspecto, o movimento crítico da medicina social deve ter contribuído para fazer a diferença entre as duas experiências.

A medicina social emergente na América Latina, estimulada por Juan Cesar Garcia a partir do Programa de Recursos Humanos, da Organización Panamericana de la Salud (OPS), tomou impulso com a Reunião de Cuenca, sobre Aspectos Teóricos das Ciências Sociais, e com a criação dos mestrados inovadores de Medicina Social no México e no Brasil (Xochimilco e Instituto de

Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – IMS/Uerj), com os encontros realizados em Washington e, especialmente, com a crítica à medicina preventiva elaborada por Sergio Arouca em 1975. Esse movimento propiciou uma luta teórica contra o preventivismo e contra a saúde pública institucionalizada, criando os alicerces para a saúde coletiva produzir, posteriormente, delimitações conceituais, teóricas e políticas que pretendem superar o sanitarismo estruturado no Brasil. Daí as distinções entre o campo da saúde coletiva, como braço acadêmico do projeto da Reforma Sanitária, e a saúde pública 'flexner-rockefelleriana autoritária', centrada inicialmente no modelo de ensino da universidade Johns Hopkins e, presentemente, nas concepções dos Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e do Departamento de Estado americano. Mais do que revisar as bases teóricas e práticas da saúde pública tradicional fincadas no higienismo, na polícia sanitária, no campanhismo e nos programas verticais, o campo da saúde coletiva aponta para rupturas teóricas e políticas diante da crise da saúde pública. A autora apresenta evidências de que a Ensp destacou-se, no período estudado, por promover uma maior aproximação da saúde pública com a medicina social.

Portanto, este livro pode reforçar uma interpretação assentada no reconhecimento de um movimento de renovação da saúde pública no Brasil, sob a denominação de saúde coletiva. Alternativamente, porém, pode favorecer a compreensão da saúde coletiva como um campo científico e um âmbito estruturado de práticas sociais, não como mera denominação capaz de ocultar as limitações da saúde pública. Em vez de a medicina social se ver reduzida a uma colaboração com o ensino de saúde pública, mas sendo absorvida ou cooptada pelo sanitarismo predominante, talvez fosse possível apostar nos seus componentes contra-hegemônicos que impulsionaram o desenvolvimento da saúde coletiva latino-americana, constituindo novos sujeitos sociais que representem a antítese à saúde pública institucionalizada.

Nessa perspectiva, a saúde coletiva é mais que uma expressão cunhada por brasileiros, acolhida no hemisfério Sul e questionada no Norte. É um campo científico em construção, produzindo conhecimentos e reflexões teóricas e epistemológicas, aberto a novos paradigmas e, simultaneamente, um âmbito de práticas comprometidas com a emancipação, a solidariedade e a democratização da saúde. Esta, seguramente, representa uma das leituras possíveis deste livro. Ao mesmo tempo pode indicar a aposta em uma 'pedagogia da autonomia e da esperança', vislumbrada por Paulo Freire, desde que nos orientou para a 'educação como prática da liberdade'.

Jairnilson Paim

Professor titular do Instituto de Saúde Coletiva
da Universidade Federal da Bahia

Apresentação

A produção e organização deste livro corresponde a um sentimento gratificante de recuperação de uma trajetória cuja marca principal foi a aliança entre a técnica, a política, e a renovação da produção de conhecimento, em movimentos peculiares guiados pela busca da democracia em uma dada conjuntura da sociedade brasileira. Foi um tempo de grandes dificuldades políticas provocadas pelo regime ditatorial, enfrentadas com esperança, engajamento e luta, pelo movimento das forças progressistas que se uniram em torno da saúde pública. Um tempo de descobertas e de revelação de 'artífices e arquitetos' de uma 'nova saúde pública' e de uma 'nova educação na saúde', cuja inspiração principal era a busca por uma nova sociedade.

A democracia foi o lema que se colocou como 'motor' das associações de grupos, equipes, instituições e entidades, dando conteúdo e identidade a um movimento que se consolidou também pelo avanço do conhecimento e pelo aprofundamento de métodos pertinentes aos objetos da saúde pública, que também se construíam com uma nova face.

Escolas, universidades, associações profissionais, centros de estudos e serviços de saúde foram atores fundamentais desse processo. Dos espaços de trabalho brotavam sentimentos e ações, que se enfrentavam com as dificuldades e as contradições existentes nos projetos e instituições, constituindo relações que iam, aos poucos, concretizando uma nova identidade para a saúde pública brasileira.

Não foram poucos os movimentos cuidadosos de lideranças, no reconhecimento e apoio a jovens grupos progressistas e de adoção de abordagens politizadas na formação de elos entre esses grupos e instituições, tecendo, em cada passo, os pontos de união do que seria um embrião de rede. A criação de formatos específicos de reuniões, os levantamentos, textos, as alianças entre

órgãos de governo e entidades de profissionais foram passos apropriados ao alargamento das possibilidades de construção de um novo olhar para o campo de saber e prática da saúde pública, nesse período, também reconcebida, no interior desse movimento, como saúde coletiva.

Longe de se constituir em um caminho errático de jovens profissionais, a relação entre instituições, pessoas e entidades foi, aos poucos, possibilitando a estruturação de projetos que renovaram as instituições e as pessoas, constituindo uma massa crítica de profissionais formados para atuar nessa realidade, problematizada e reconstruída com a atuação do próprio movimento.

Algumas instituições escolares foram ativas na articulação com os órgãos de formulação de políticas e de prestação de serviços de saúde, relacionando-se de forma crítica com os contextos, e neles intervindo na direção instituída pelo movimento democrático. Nesse sentido, as décadas de 70 e 80 foram exemplares na possibilidade de criação. As escolas de saúde pública e as suas produções relacionadas às políticas de saúde elaboraram um importante exercício de crítica que culminou em mudanças estruturais na organização não apenas dos serviços de saúde, mas, sobretudo, das bases democráticas de funcionamento dos serviços de atenção e da sociedade. As diferentes estratégias das instituições escolares, portanto, envolveram o desenvolvimento de programas e de experiências concretas comprometidas com as mudanças políticas do regime em vigor.

O sentimento de pertencimento foi uma marca fundamental daquela época e o desenvolvimento de uma tese de doutorado foi o caminho mais adequado que encontrei para compreender as origens desse sentimento e sistematizar fatos vivenciados naquele período que deram origem a ele. Estes episódios adquiriram um significado político-institucional cada vez maior no movimento que culminou na organização do Sistema Único de Saúde (SUS), na segunda metade da década de 80.

Este livro trata deste movimento político-institucional a partir das experiências de formação de sanitaristas vivenciadas pelo pessoal da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). De início, o papel da Ensp nesta trajetória de reorganização da saúde pública brasileira nos permitiu refletir de forma crítica sobre as teorias e as práticas que fizeram parte do cotidiano das instituições de ensino e de saúde no período estudado de 1970/1989.

O passo seguinte foi incorporar as experiências da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), herdeira da tradição do Instituto de Higiene fundado no quadro do acordo de cooperação técnica do estado de São Paulo com a Fundação Rockefeller, ainda no início do século XX. Esta instituição exerceu grande influência na formação de pessoal de saúde e teve

também papel de destaque no processo de reorganização do sistema de saúde brasileiro a partir dos anos 70.

O livro está organizado em três capítulos. O primeiro procura construir historicamente o amplo processo em torno do qual se desenvolveu um rico debate, entre trabalhadores, intelectuais e representantes do estado, acerca da reorientação da saúde pública no Brasil e a constituição de um sistema de saúde que tivesse alcance universal no período estudado. O segundo capítulo pretende recuperar a discussão a respeito das principais teorias e fenômenos educativos identificados nos materiais pesquisados e nas entrevistas realizadas, contribuindo para a eleição de categorias de análise pertinentes ao recorte adotado.

Os resultados estão expressos em períodos e integram o terceiro capítulo. Este procura revelar o processo de reorganização das escolas que se associou aos avanços das políticas de saúde até a criação e institucionalização do SUS, no ano de 1990. Nesse segmento destaca-se a importância da integração entre os cursos, as escolas e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), que abriu espaços para uma expansão nacional da formação de sanitaristas, acompanhada por processos políticos e científicos fundamentais à sua consolidação. A aproximação entre os serviços e o ensino favoreceu, ainda, o surgimento da estratégia das Ações Integradas de Saúde, as AIS, e deu forma ao embrião do que viria a ser, mais adiante, o SUS.

Nas considerações finais, revela-se a existência de uma rede nacional de formação em saúde pública, tecida justamente ao longo desse período. Discute-se que os embates, os processos associativos e as diferentes abordagens adotadas pelo movimento de renovação do ensino da saúde pública, mediado tanto pela Abrasco como pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), favoreceram a construção de um ambiente propício à prática democrática, desde então incorporada às estruturas de gestão do SUS brasileiro.

Esperamos que as análises e reflexões aqui apresentadas possam contribuir para o entendimento do potencial transformador exercido pela Ensp e pela FSP/USP, quando os docentes projetaram suas ações para além dos currículos e dos mapas escolares, fazendo dos programas um instrumento de engajamento crítico de intervenção em uma determinada realidade.

Agradeço aos companheiros que integraram as experiências aqui relatadas, na Abrasco, no Cebes e por dentro do Estado, nas trincheiras que foram abertas nesse período. Com eles aprendi, desde a experiência do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (Ppreps), a labutar com criatividade, politização e esperança.

À Ensp e à FSP/USP, pela generosidade na disponibilização dos dados, e aos entrevistados, pela riqueza de informações, carregadas também de emoção.

Aos muitos amigos e familiares, em especial a Anete Barreto, Rita Sório, Inês Martins e Carlos Henrique, pela disponibilidade e pelas revisões essenciais.

À equipe da Editora Fiocruz, em especial a Maria Cecilia Moreira e a João Carlos Canossa Mendes.

A Lúcia Lima e Ivonaide, pela carinhosa e dedicada retarguarda.

A Jairnilson Paim e Mario Hamilton, meus mestres nos caminhos da saúde pública e na construção deste trabalho, pelos sábios e consistentes ensinamentos e grande companheirismo.

introdução

A Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) e a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) foram as instituições escolhidas para a realização da pesquisa que deu origem a este livro, pelo seu caráter nacional e pela importância que desempenharam na formação de quadros técnicos durante o período.

A escolha do objeto de investigação, portanto, permitiu revisitar um momento em que a formação em saúde pública adquiriu um significado estratégico no Brasil, merecendo ser compreendida na sua relação com o processo de construção da própria saúde pública contemporânea.

Graças às pistas sugeridas pelas primeiras leituras realizadas, procurou-se recortar o objeto de investigação a partir da relação do ensino da saúde pública com as necessidades impostas pela realidade dos serviços de saúde. Esta relação, como veremos, constituiu a matriz de pensamento e remodelação do ensino de saúde pública no país, de modo que a escolha do recorte adotado valorizou o contexto, a relação ensino-serviço e a configuração dos programas de cursos, como elementos fundamentais a serem pesquisados.

A partir deste enunciado de questões, foram consideradas, na coleta de dados, as programações dos cursos de saúde pública, de residência em medicina preventiva e social ou saúde pública e os cursos de especialização em epidemiologia e planejamento, dos anos de 1970, 1975, 1980, 1985 e 1989, perfazendo vinte anos de estudo. A referência temporal utilizada para a localização dos cursos analisados elegeu um intervalo de cinco em cinco anos, a contar do início de cada uma das décadas.

Durante toda a investigação, foi valorizado o conceito de 'representações sociais', considerando que os fatos, e demais aspectos contextuais, revelaram-se marcados por manifestações de atores sociais, cuja atuação técnica e política

permitiu a ampliação dos espaços de construção das políticas de saúde e de múltiplas alternativas para a realização do ensino da saúde pública no país.

Contudo, como chama atenção Minayo (1992: 174), embora consideradas matérias-primas importantes para a análise do social e também para a ação pedagógica/política de transformação, "as representações sociais não conformam a realidade e seria outra ilusão tomá-las como verdades científicas, reduzindo a realidade à concepção que os atores sociais fazem dela".

A escolha da hermenêutica-dialética como método de trabalho pareceu-nos a mais coerente com o objeto definido. Ela nos permitiu dar relevância à práxis, tal como observou Minayo (1992: 219):

> a hermenêutica e a dialética não devem ser 'encurtadas' através de sua redução à simples teoria de tratamento de dados. Mas pela sua capacidade de realizar uma reflexão fundamental que ao mesmo tempo não se separa da práxis, podemos dizer que o casamento dessas duas abordagens deve preceder e iluminar qualquer trabalho científico de compreensão da comunicação.

Neste trabalho, mais do que reconstruir processos que se organizaram de forma seqüenciada, buscou-se, na linguagem da práxis, compreeder o sentido dos fatos que compuseram a dinâmica do ensino no período. E mais, procurou-se entender o contexto que estimulou e mobilizou atores sociais e institucionais diversos que militavam a favor da reorientação do ensino de saúde pública, realizando esforços para definir o papel do sanitarista em um sistema de saúde que se pretendia universal, integral e hierarquizado.

A escolha da hermenêutica dialética para guiar a investigação deveu-se, portanto, à afinidade das suas construções com a abordagem escolhida, que buscou "entender o texto, a fala, o depoimento, como resultante de um processo social (trabalho e dominação) e processo de conhecimento (expresso em linguagem), ambos frutos de múltiplas determinações, mas com significado específico" (Minayo, 1992: 227).

Dos instrumentos, técnicas e dados

A coleta de dados relativos aos cursos e às escolas incluiu o título do curso, local de realização, clientela, programa, disciplinas, equipe docente e bibliografia. Através dos projetos e/ou relatórios desses mesmos cursos, constantes dos arquivos das escolas respectivas, foi realizado um rastreamento de documentos, procurando identificar possíveis relações dessas programações e demandas dos serviços, ou outros fenômenos internos, o que permitiria reconstruir processos de organização dos grupos ou das escolas.

Toda esta etapa foi realizada no sentido de identificar conceitos subjacentes, ideologias, conflitos, material que pudesse expressar os fenômenos e mo-

vimentos que afloraram e dialogaram com as conjunturas respectivas, e que contribuíram para conferir significado estratégico às escolas e aos processos de formação em saúde pública naquele período.

Considerando a importância dos atores nas experiências consideradas neste trabalho, foi adotado o recurso da entrevista, para buscar, através de informantes-chave, a recuperação de dados dos contextos, considerados os limites e possibilidades dessa opção. A concepção de informante-chave adotada baseou-se nas idéias formuladas por Minayo (1992:118), que os considera "informantes particularmente estratégicos para revelar os segredos do grupo".

Optou-se por uma entrevista estruturada, realizada mediante instrumento elaborado para este fim. Foram selecionados sete informantes-chave entre os quadros dirigentes das escolas no período, entre os docentes com experiência significativa na elaboração e na gestão de projetos de reformulação do ensino, e na difusão de suas produções através de ações de natureza técnica ou política, constantes da documentação examinada.

A elaboração do roteiro de entrevista foi um processo de enriquecimento em torno do tema, e de sucessivas aproximações com os elementos que passaram a compor o elenco de questões apresentadas aos informantes-chave.

Para identificar elementos históricos e confrontá-los com a literatura, foram realizadas inicialmente duas entrevistas livres com professores da Ensp das áreas de epidemiologia e planejamento. Ambos vivenciaram experiências de formação de pessoal de saúde, durante grande parte das duas décadas em estudo, nas diversas modalidades de cursos. Procurou-se realizar um exercício de recomposição de fatos relevantes que serviram de base, por sua vez, para a definição daqueles projetos considerados estratégicos nesse período.

Uma revisão exaustiva de cinco coletâneas da Abrasco, publicadas entre 1983 e 1988, permitiu a reconstrução de experiências de avaliações de cursos e processos relacionados ao ensino da saúde pública e às avaliações de projetos de pesquisa, resgatando documentos que registraram alguns embates políticos em torno dos programas de ensino da área. Tal fonte passou a ser considerada privilegiada, dado seu caráter informativo sobre o tema em foco e pelo período coberto pelas análises ali efetuadas (Abrasco, 1983, 1984, 1986, 1988).

A coleta de dados junto às instâncias acadêmicas das duas escolas permitiu realizar inicialmente um mapeamento geral dos cursos, em variadas áreas, facilitando a identificação de tendências organizadoras do campo da saúde pública. O trabalho permitiu também recuperar dados do processo de profissionalização, através das modalidades oferecidas nas áreas respectivas.

A aproximação com os dados dos cursos oferecidos por ambas as escolas, bem como as entrevistas livres preliminares realizadas, forneceram elementos para definir os eixos principais das entrevistas com os informantes-

chave. A partir delas, caracterizaram-se mais detalhadamente as especificidades dos projetos de ensino considerados dinamizadores no período, justamente aqueles que seriam alvo de maior investimento analítico e reconstrução de suas trajetórias ao longo da pesquisa.

Já o roteiro de entrevistas foi composto por questões gerais para as duas escolas. Elaboraram-se, contudo, perguntas dedicadas à recuperação de projetos específicos, sempre referidos à relação com a formação *lato sensu* para os serviços de saúde.

Entre os informantes-chave, foram escolhidos seis docentes das escolas, sendo quatro da Ensp, dois da FSP/USP, e o ex-secretário de Saúde do Estado de São Paulo, Valter Leser. Todos estes personagens desempenharam papéis relevantes em relação aos temas selecionados como objetos principais a serem aqui explorados.

O levantamento de dados dos programas e dos alunos junto às duas escolas permitiu organizar uma relação de cursos ministrados no período, a partir da qual se chegou aos cursos das categorias e anos eleitos para análise. Assim, foram examinados os projetos e os relatórios de cada um dos programas, das categorias e anos selecionados, constantes dos arquivos. O processo de descentralização dos cursos foi alvo de um tratamento específico e foram considerados os anos de 1975 (primeiro ano do Programa de Cursos Descentralizados), 1980, 1985 e 1989, tomando por referência os cursos de saúde pública e os de especialização em epidemiologia e planejamento.

Com relação ao processo de descentralização, a coleta de dados revelou um tratamento diferenciado dado pela FSP/USP a dois grupos de cursos. Com base nessa observação, consideramos 'cursos descentralizados' aqueles que buscaram construir parcerias locais e 'cursos fora da sede' aqueles oferecidos pontualmente para atender demandas externas fora de São Paulo.

Na primeira ordenação dos dados obtidos pelas entrevistas – os dados obtidos a partir do levantamento efetuado nos arquivos de cursos das duas escolas e dos demais documentos examinados –, foi possível construir um percurso histórico considerado essencial à análise das relações político-institucionais relativas ao processo de formação de pessoal de saúde durante as décadas de 70 e 80, especialmente aquelas relações dadas em um plano micro, cotidiano. Para isto utilizou-se a hermenêutica dialética, conforme os passos sugeridos por Minayo (1992).

A ordenação dos dados das entrevistas, dos cursos e dos processos relativos aos projetos de ensino das duas escolas deu origem a um mapa horizontal das descobertas de campo, nascendo, dessa etapa, as primeiras pistas para uma caracterização dos períodos para exposição dos dados e análise.

Na etapa seguinte foi iniciada a classificação dos dados. Com uma leitura exaustiva de textos relacionados, buscou-se "apreender as estruturas de relevância dos atores sociais, as idéias centrais que tentam transmitir e os momentos-chave de sua existência" (Minayo, 1992: 235).

O material empírico foi submetido a perguntas formuladas por mim a partir das referências teóricas, o que facilitou a estruturação dos dados. Foi, então, realizada uma primeira classificação por tópicos de informação, revelando alguns temas importantes para análise, como mercado de trabalho, relação ensino/serviço, qualificação para o trabalho, dentre outros. Revelaram-se também os momentos-chave para a consolidação e institucionalização deste tema na organização dos serviços de saúde, bem como o contorno de suas expressões em programas e projetos, que reorientaram a formação em saúde pública nos períodos em foco.

Desse processo nasceram os temas mais relevantes para a investigação, destacando-se os projetos que deram vida a estas temáticas nas escolas em pauta. Nesse contexto, atribuiu-se referência fundamental a relação dos centros formadores com os serviços de saúde, particularmente ao processo de formação de profissionais para os serviços de atenção. Por esta via, foi possível reunir elementos capazes de permitir maior precisão quanto aos recortes dos períodos de tempo em torno dos quais foram organizados tanto a narrativa como os resultados da pesquisa.

A análise final procurou captar a expressão da visão social de mundo que pautou a ação dos atores sociais nas conjunturas definidas. Dentro de um modelo interativo – a partir do qual atores são influenciados pela conjuntura, na mesma medida em que a constituem – foi pensada a conformação das experiências em questão.

As Políticas de Saúde e o Ensino da Saúde no Brasil (1970-1980)

Na década de 70, a sociedade brasileira vivenciou momentos difíceis, com o aprofundamento de medidas implantadas progressivamente pelo regime militar depois de sancionado o Ato Institucional n. 5. Em dezembro de 1968, o país assistiu ao fechamento do Congresso Nacional, acompanhado do comprometimento das liberdades democráticas, com a cassação de políticos e professores e grandes prejuízos à ciência e à educação brasileira. A reação a tais medidas, ainda na década de 60, se deu principalmente pelo enfrentamento nas passeatas e nas manifestações artísticas, com o protagonismo dos intelectuais, artistas e estudantes. Também no final da mesma década foi sancionada a Reforma Universitária, produzindo seus maiores efeitos durante a década seguinte, no que se refere à organização das universidades com suas escolas, seus departamentos e seus currículos.

Na saúde, as décadas de 70 e 80 foram percorridas de forma peculiar, sendo emblemática a reação de grupos mobilizados pelas suas entidades e também em instituições governamentais, tendo no Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), criado em 1977, e na Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), fundada em 1979, seus exemplos mais marcantes.

Sob a liderança dessas entidades, muitos eventos foram organizados, com maior freqüência na década de 80, permitindo que o tema da democracia circulasse entre profissionais engajados politicamente a favor da causa democrática, nos serviços e nas academias, tomando a dimensão de um amálgama que perpassou inúmeros espaços, configurando também um verdadeiro movimento que culminou com três grandes conquistas para a sociedade brasileira: a idéia de Reforma Sanitária, o Sistema Único de Saúde, sancionado como lei em 1990, e a inscrição da saúde como direito, na Constituição de 1988.

Nos anos 80 processa-se a democratização lenta e gradual propugnada pelos militares. Nesse período os grupos progressistas que queriam a Reforma

Sanitária em bases democráticas ganharam fôlego, a partir de construções emanadas de sua própria organização, tendo, nas Ações Integradas de Saúde (AIS), um mecanismo potente de preparação do sistema de saúde para mudanças qualitativas no seu processo de planejamento e operação. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, constitui um momento político ímpar, de aglutinação de forças representativas dos movimentos organizados de trabalhadores, da sociedade organizada, dos políticos e de dirigentes comprometidos com o campo progressista. Foi então possível delinear as bases de um sistema de saúde coerente com as proposições da Reforma Sanitária que vinha sendo gestada no interior do chamado movimento sanitário, desde a década de 70.

O avanço das políticas de saúde se deu de forma muito associada ao campo especializado da formação de recursos humanos para a saúde pública, representado pelos departamentos de Medicina Preventiva, as escolas de Saúde Pública, os núcleos de Estudos em Saúde Coletiva (Nescs), que organizaram com expressiva interlocução fortemente mediada pelo Cebes e pela Abrasco, notadamente na década de 80.

Desse modo, revisitar o ensino da saúde pública nas décadas de 70 e 80 através de dados, documentos, depoimentos, registros e anotações sobre cursos e escolas permitiu também vislumbrar uma realidade recortada por uma intensa atividade política de oposição ao regime militar então vigente, com projeções no aparelho de Estado representadas pela formação de grupos associados em projetos considerados progressistas.

Convivendo com um contexto político adverso, os movimentos que decorreram dessas articulações possibilitaram a construção de experiências inovadoras nos setores da saúde e da educação, com repercussões na formação de quadros para os serviços públicos de saúde. Sendo assim, compreender as transformações no campo do ensino de saúde pública durante aquele período exige, de outra parte, certo investimento no entendimento do processo de reforma geral do sistema de saúde brasileiro.

Esse período teve como principal característica uma inquietação produtiva dos profissionais que trabalhavam nas instituições de saúde, o que pode ser observado na seqüência de projetos e iniciativas articulados às políticas públicas que culminaram com a aprovação do SUS na década de 90. O conjunto de experiências aqui analisadas revela que, na dinâmica de funcionamento do próprio Estado, a perspectiva conservadora convivia com as possibilidades de renovação e, através das contradições produzidas pelo momento político, criavam-se as condições para a produção de alternativas de mudanças dessa realidade.

A organização do sistema de saúde e a reforma de recursos humanos: um balanço da década de 70

Na década de 70, os espaços acadêmicos viveram processos de fortalecimento político ideológico, com a constituição de grupos que se aproximavam, por identidade, em torno da idéia de democracia. O processo interativo entre espaços acadêmicos, estruturas de governo e grupos organizados da sociedade contribuiu para as mudanças que conformaram as temáticas dos cursos nos anos 80, em um contexto de "abertura lenta e gradual", arbitrada pelo regime político, e que se traduziu no âmbito da saúde por um movimento pela sua democratização.

Esses grandes eixos abrigaram a organização de inúmeras experiências de pesquisa e ensino, e, na dinâmica dos 'centros formadores', favoreceram a formação de equipes, e a recriação de suas práticas acadêmicas, ainda que influenciadas por outros fatores, como a dinâmica das instituições que abrigavam esses mesmos aparelhos formadores, e pelas possibilidades individuais e de grupos que compunham cada um dos centros de formação.

Na segunda metade da década de 70, intensificaram-se as discussões em torno do sistema nacional de saúde da época, trazendo para o âmbito do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais de Saúde as propostas de atenção primária à saúde, em cumprimento às orientações emanadas da Conferência Mundial de Saúde realizada em Alma-Ata, em 1978: todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de saúde para lançar e sustentar os cuidados primários de saúde em coordenação com outros setores. Para esse fim, se faz necessário agir com vontade política, mobilizar os recursos do país e utilizar racionalmente os recursos externos disponíveis (OMS/Unicef, 1979).

O Brasil acatou as recomendações feitas na Conferência de Alma-Ata quanto à regionalização dos serviços e à expansão de cobertura, reiterando posição anterior tomada por ocasião da III Reunião de Ministros de Saúde das Américas, realizada em 1972, no Chile, e registrada no Plano Decenal de Saúde para as Américas.

A Conferência de Alma-Ata marcou profundamente a organização do sistema de saúde brasileiro, e a adoção de suas recomendações pelo nosso governo deu início a uma seqüência de processos organizativos e políticos que culminaram com um novo sistema de saúde na década de 80. As bases doutrinárias do novo sistema foram referendadas pela plenária da 8ª Conferência Nacional de Saúde e sua aprovação pelo Congresso Nacional se deu em 1990.

Apesar de a incorporação das recomendações de Alma-Ata ter ocorrido, no Brasil, ao final dos anos 70, é possível observar que, durante toda essa década,

inúmeras experiências, antecipadamente, problematizaram a forma de organização e gestão do sistema de saúde, com suas políticas coordenadas pelos ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social.

Vale ressaltar que, nesse período, aprofundou-se a interferência estatal, amparada na Constituição de 1969, que delegou à iniciativa privada a prioridade para organizar e explorar as atividades econômicas, ficando o Estado com o papel suplementar na prestação de serviços e, no campo da saúde, como o grande comprador dos serviços do setor privado, via Previdência Social (Oliveira & Fleury, 1986).

Essa condução política teve um papel fundamental no desenvolvimento de "um estilo padrão de organização da prática médica orientada em termos da lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e oferecendo privilégios ao produtor privado dos serviços" (Oliveira & Fleury, 1986: 235), com reflexos no campo da saúde pública, tornando-se temática de estudos e presença significativa na conformação do ensino e da pesquisa nessa área (Abrasco, 1983).

É importante destacar que o sistema de saúde então vigente vinha passando por sucessivos ajustes desde a década de 60, de modo a adaptar-se às políticas de governo de sua época. Exemplos deste fenômeno foram a substituição dos antigos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966; a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) pela Lei 6.025, de 25 de junho de 1974; a criação do Sistema Nacional de Saúde pela Lei 6.229, de 1975, com o estabelecimento da divisão dos campos institucionais da saúde coletiva e da saúde das pessoas (Oliveira & Fleury, 1986a; Vilaça, 1994).

Essas reformas jurídico-administrativas não foram capazes de viabilizar, em curto prazo, o sistema único de saúde, tampouco absorveram as insatisfações dos trabalhadores. Aos poucos, iam aflorando as contradições do próprio sistema previdenciário, que já não conseguia garantir o seu financiamento nos moldes estabelecidos.

Os resultados das eleições de 1974 foram indicativos das insatisfações com o governo militar. Este fato não passou despercebido pela estrutura de poder, que, a partir daquele momento, começou a produzir medidas racionalizadoras, criando condições para o surgimento de espaços para a realização de embates políticos e para a conformação de alianças entre grupos que se colocavam nas estruturas de poder do governo, e se identificavam com idéias que vinham sendo discutidas em outros setores da sociedade que ansiavam por mudanças políticas e sociais.

É preciso lembrar que, nesse período, dois fatores externos produziram grande impacto nas bases da economia brasileira, especialmente no processo

de exportação e inserção do país na economia mundial. A chamada crise do petróleo e a perda do poder de troca de produtos como o café, o açúcar e o algodão atingiram seriamente o modelo econômico que definia a integração do Brasil ao mercado internacional. A crise chegou a ponto de produzir dificuldades na capacidade de financiamento do Estado brasileiro, inclusive para o financiamento das importações. Esses fatores se associaram à crise política interna, levando o governo a editar o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND),[1] com o privilégio de medidas que previam uma redistribuição de renda e reservavam papel de destaque à previdência, mantendo a coerência quanto à escolha desse canal de legitimação, entre governo e sociedade (Oliveira & Fleury, 1986).

Por ocasião do anúncio do II PND, em 1974, o ministro da Previdência proferiu um discurso na Escola Superior de Guerra, recomendando, como medidas necessárias, a redução das desigualdades sociais e a ampliação da área de atendimento das necessidades sociais da população em termos das escolas, da habitação, dos níveis sanitários básicos, da proteção médica e previdenciária, colocando-as como pressupostos para o processo de distensão política (Oliveira & Fleury, 1986).

No Plano também foram definidos os campos de atuação dos ministérios da Saúde e da Previdência Social, ficando o primeiro com um "caráter eminentemente normativo, com ação executiva preferencialmente voltada para as medidas e para o atendimento de interesse coletivo, inclusive vigilância sanitária, e o Ministério da Previdência e Assistência Social, com atuação voltada principalmente para o atendimento médico assistencial individualizado" (Oliveira & Fleury, 1986: 239), o que demarcava também o perfil de financiamento governamental e das estruturas prestadoras de atenção à saúde, coerentes com as políticas dos dois ministérios.

A explicitação de áreas de importância para os investimentos sociais no II PND, no entanto, se evidenciou como uma alternativa à construção de projetos articuladores de algumas representações de trabalhadores no interior do governo, criando espaço para a formulação de programas de extensão de

---

[1] O II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) foi anunciado pelo então presidente Ernesto Geisel, em 10/9/1974, consubstanciando "metas tentativas" a serem alcançadas entre 1975 e 1979. Em sua primeira parte, o PND refere o Brasil como potência emergente e, dentre outros temas, aborda uma estratégia de desenvolvimento social, em que estão tratados os temas de distribuição de renda, emprego e salários, valorização dos recursos humanos. No capítulo XIII discute o emprego e os recursos humanos vinculados às perspectivas de crescimento do país. O capítulo XIV aborda a Política Científica e Tecnológica (II PND – República Federativa do Brasil, 1974).

cobertura, a exemplo do Programa de Interiorização da Saúde e Saneamento (Piass), e uma conseqüente aproximação do Ministério da Saúde com as secretarias estaduais de Saúde, na gestão desses programas.

Coerente com o peso que representava o pensamento do Ministério do Planejamento nas estruturas burocráticas, a partir de 1974, o governo Geisel também valorizou a Secretaria de Planejamento da Presidência da República, apoiando ações voltadas para o fortalecimento das políticas públicas, abrindo espaços no interior do governo para a formulação de projetos, que, a partir de 1975, começaram a ser viabilizados (Brasil, 1974).

Nesse contexto, o ministro da Saúde Almeida Machado, que cumpriu mandato entre março de 1974 e março de 1979, convidou o então professor da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), o Dr. José Carlos Seixas, para o cargo de secretário-geral do ministério. Em 1975, o Dr. Valter Leser assumiria, pela segunda vez, a função de secretário de Saúde do Estado de São Paulo, permanecendo até 1979, graças ao apoio do governador Paulo Egydio Martins.

Nessas oportunidades, retomavam-se convicções amadurecidas no cenário político mais amplo. Leser, por exemplo, retomou propostas oriundas de seu primeiro mandato, relativas à necessidade de contar com profissionais de saúde pública para alguns postos de trabalho da Secretaria de Saúde. De sua determinação nasceu uma estratégia para a formação desses quadros que viria pautar a ação da Secretaria Estadual de Saúde junto à FSP/USP nesse novo período de governo.

Os anos de 1974 e 1975 foram de intensa atividade para o setor saúde. No período de 5 a 9 de agosto de 1975, por exemplo, realizou-se a 5ª Conferência Nacional de Saúde, quando também ocorria com certa clareza a mudança do discurso de governo em relação às questões de Saúde e Educação, incorporando preocupações com o indivíduo e com a formação de recursos humanos de qualidade. Naquela oportunidade, o Dr. Edson Machado, representante do Ministério da Educação, proferiu uma conferência destacando alguns pontos que merecem ser referidos, pela forma com que estavam traduzidas as mensagens de governo, no plano educacional, na relação com a saúde:

> A formulação de uma política de educação numa sociedade que vem atravessando profundas transformações em sua paisagem sócio-político-econômica e cultural não é tarefa fácil, principalmente se levarmos em conta que a educação é simultaneamente, um meio e um fim. É meio quando considera apenas os aspectos produtivos, de preparação de mão de obra para o atendimento à demanda e da manutenção do *steady state* entre o sistema

> formador de recursos humanos e o sistema utilizador desses recursos. De outro lado, não se pode perder de vista, que a educação é também um fim, é consumo, é a melhor forma de proporcionar ao indivíduo a sua auto-realização. Sob esse aspecto, uma política de educação pressupõe uma filosofia da educação, edificada fundamentalmente sob as bases vivas e caracteres contingentes da coletividade, auscultando mesmo as mínimas vibrações sociais, num comportamento "de baixo para cima" a fim de incorporar as grandes linhas de preocupação dessa coletividade. (Brasil, 1993a: 67)

O pensamento expresso pelo Dr. Edson Machado naquela oportunidade se traduzia também na postura que algumas instâncias de governo passaram a adotar, sob a orientação do Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social, órgão de assessoramento ao presidente da República (Brasil, 1974). Criava-se, gradualmente, um espaço de abertura para a revitalização das instituições de Ciência e Tecnologia, entre as quais estava a Fundação Instituto Oswaldo Cruz. A sua fala também alertava para a necessidade de formular programas que abrigassem propostas de capacitação de uma mão-de-obra com formação sólida, avançando para além da visão instrumental até então existente.

A visão defendida por Machado representava a retórica de governo. Os avanços previstos pelo desenvolvimento do II PND não pretendiam mudar a direção das questões sociais, mas apontavam para a gradual importância estratégica que adquiria o tema recursos humanos no quadro da reforma geral do Estado, inclusive no campo da saúde. Referindo-se a esse fenômeno, Teixeira (1982: 51) ressalta que:

> a valorização dos recursos humanos enquanto força de trabalho do país, fundamenta-se nas idéias que embasam o planejamento social originário do pós-guerra: os gastos com "capital humano" que contribuem para o próprio desenvolvimento econômico; trata-se de promover a incorporação das chamadas "populações de baixa renda" à dinâmica da produção capitalista, seja como produtor direto, seja como consumidor.

Na visão da autora, saúde e educação seriam objetos de consumo específico, que exigiriam uma qualificação da força de trabalho afinada à ótica economicista, investindo em capital humano – ao mesmo tempo em que se promovia a ideologia da ascensão social, de forma a contribuir ainda para atenuar tensões da vida em sociedade (Teixeira, 1982).

Essa percepção de dupla face que aparecia nas políticas de governo permitiu o surgimento de iniciativas no interior das equipes que se organizaram através de projetos que passaram a compor certo caminho de modernização do Estado, nessa fase, incorporando dimensões sociais, não incluídas no I PND

(1972/1974).[2] Essa perspectiva se fundamentava no item relativo à Política de Valorização de Recursos Humanos, o qual estabelecia que "nas áreas de Saúde Pública e Assistência Médica da Previdência, cuidar-se-á da reforma de estruturas, para dar capacidade gerencial a esses setores, a exemplo do que já se vem fazendo na Educação, especialmente quanto às Universidades" (Brasil, 1974: 72).

Ainda no seu capítulo XIV, da Ciência e Tecnologia, o I PND estabelecia que era "necessário atuar na base de projetos bem definidos e com orçamento delimitado", recomendando, para a área de tecnologias de áreas sociais, a ênfase na saúde e educação, assim definida: "no campo da saúde, desenvolver programas de pesquisa orientados para a eliminação de endemias, como a esquistossomose e o mal de Chagas, assim como sobre a nutrição de grandes contingentes populacionais" (Brasil, 1974: 137).

Para atender a essas recomendações, o governo impulsionou o desenvolvimento da pesquisa, transformando o Conselho Nacional de Pesquisas em Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), e propondo a execução do II Plano Básico de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (II PBD-CT). Consubstanciando os programas e projetos prioritários do Sistema Nacional de Ciência e Tecnologia, nas áreas dos diferentes ministérios, através do II PBD-CT, o governo disponibilizou recursos financeiros de 1975 a 1980 (Brasil, 1974).

Essas definições criaram condições favoráveis ao surgimento de projetos importantes no interior do governo, com ações de intervenção na assistência à saúde, produzindo impacto nas instituições de Saúde e de Ciência e Tecnologia. Fruto desse contexto, e cumprindo diretrizes governamentais, constantes do II PND, a Secretaria de Planejamento da Presidência da República investiu no reforço de instituições como a Fundação Instituto Oswaldo Cruz e a Financiadora de Estudos e Projetos (Finep), resultando na formulação do Programa de Estudos Sócio-Econômicos em Saúde (Peses) e do Programa de Estudos e Projetos Populacionais e Epidemiológicos (Peppe), financiados pela Finep e executados pela Ensp (Peses, 1978).

Também em 1975, instituiu-se, na Ensp, o Programa Nacional de Cursos Descentralizados. Estes cursos se regulamentaram por convênios entre aquela Escola, as secretarias estaduais de Saúde e as universidades públicas sediadas nos estados da federação, iniciando pelo Pará e Rio Grande do Sul, e expandindo-se, nos anos subseqüentes, a quase todos os estados da Federação.

---

[2] O I Plano Nacional de Desenvolvimento (I PND) enfocou a Política Tecnológica Nacional na implantação de Centros de Tecnologia em áreas de infra-estrutura e indústrias básicas, como sejam Energia Elétrica, Tecnologia Nuclear, Petróleo, Telecomunicações, Siderurgia, Pesquisa Mineral, Pesquisa Espacial, e indicou a necessidade de reformulação da carreira de pesquisador, para assegurar-lhe condições de trabalho satisfatórias (*Diário Oficial*, suplemento, de 17 de dezembro de 1971, I PND, 72/74).

Durante um longo período, a Ensp, a FSP/USP e alguns departamentos de Medicina Preventiva das universidades ofereceram cursos de formação de sanitaristas que eram destinados a preparar profissionais para a estruturação do sistema nas três esferas de governo.

O Programa de Cursos Descentralizados da Ensp expandiu a formação desses quadros no âmbito estadual e, por força do convênio que envolvia a Fiocruz, as secretarias estaduais e algumas universidades, também favoreceu a integração ensino x serviço na absorção de docentes e na formatação de currículos mais voltados para as realidades regionais (Abrasco, 1984).

No plano da organização dos serviços de saúde, o Ministério da Saúde, durante a década de 70, buscou elementos de formulação de uma nova política. De início, diversos setores do ministério procuraram se inspirar na reconhecida experiência desenvolvida em Montes Claros (MG), que, por sua vez, teve origem em outra exitosa experiência desenvolvida em 1971 no Vale do Jequitinhonha, também em Minas Gerais, e que adquiriu notoriedade pelo caráter inovador de suas propostas. Essas experiências se propunham a formular

> um novo modelo de organização de serviços, novas práticas pedagógicas, transformação radical das relações no interior da equipe de saúde, participação cidadã da comunidade e dos servidores, práticas inovadoras no planejamento e gestão e autonomia e fortalecimento do nível local. (Fleury, 1995: 14)

As estratégias dos Programas de Extensão de Cobertura (PEC) caracterizavam-se pela necessidade de incorporar grupos populacionais de comunidades carentes até então excluídos do consumo de serviços de saúde, e sua adoção pelos países foi parte integrante das conclusões da III Reunião Especial dos Ministros de Saúde das Américas realizada em Santiago do Chile em 1972, quando se elaborou o Plano Decenal de Saúde das Américas (Teixeira, 1982).

O Piass se organizou com base nas propostas sugeridas pelo Plano Decenal para os Programas de Extensão de Cobertura. Sua implantação no país se deu sob a coordenação do Ministério da Saúde, que programou uma estratégia conjunta com o Programa de Preparação Estratégica do Pessoal de Saúde (Ppreps). Este, por sua vez, contava com apoio expressivo da Opas.

A idéia de expansão de cobertura associada à medicina comunitária já vinha sendo discutida no interior das universidades brasileiras, sem, no entanto, alcançar reconhecimento por parte do governo, no sentido da incorporação do seu modelo. A universidade adotou essa idéia precocemente através do Projeto Montes Claros que assumiu como estratégia política uma intensa articulação com a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais e com outros espaços do sistema de saúde, receptivos às idéias de um programa de extensão de cobertura com essas características, assim definidas:

> Como um laboratório de democratização na saúde, ali foram conceitualizados, montados e testados alguns dos principais instrumentos daquilo que posteriormente veio a ser conhecido como o processo da Reforma Sanitária, tais como a produção de um saber sobre a causação social da saúde/doença, a difusão de uma nova consciência sanitária e a estratégia de ocupação e/ou criação de espaços político-institucionais. (Fleury, 1995: 14)

Os produtos desse trabalho passaram a ser divulgados, estrategicamente, através de visitas e seminários, criando condições para a sua experimentação e o debate em outras realidades.

A absorção da experiência pelo Ministério da Saúde, através do Piass, possibilitou a capilarização dos resultados para outras regiões do país, contando, nessa expansão nacional, com o apoio do Ppreps, também do Ministério da Saúde, como parte integrante do acordo interministerial MS/Opas/MEC para a área de recursos humanos em saúde. Os dois programas atuaram de forma sinérgica, apoiando estruturas estaduais do sistema de saúde e difundindo práticas de planejamento voltadas para a estruturação do setor. Essa difusão em todo o país permitiu o engajamento de grupos de técnicos progressistas que trabalhavam em secretarias estaduais de Saúde, muitos dos quais oriundos de cursos de Saúde Pública da Ensp/Fiocruz ou da FSP/USP.

Com a criação do Ppreps, as políticas de recursos humanos assumiram um papel de destaque no âmbito do Ministério da Saúde. Coerente com as diretrizes do II PND, no que se refere ao desempenho dos serviços públicos, o programa visou a reformular as práticas de gestão e de capacitação de recursos humanos até então desenvolvidas de forma dispersa pelas secretarias estaduais de Saúde e pela Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (Fsesp), tanto no que se refere a formação de pessoal auxiliar, como aa formação de pessoal de nível superior.

O Ppreps foi desenvolvido por uma equipe composta por representantes dos Ministérios da Saúde, Educação e Cultura, e da Opas, através de um acordo interministerial que deu base legal a três grandes objetivos:[3]

> Preparação, em massa, de pessoal de nível médio (técnico e auxiliar) e elementar, para cobrir os déficits existentes e previstos, permitindo a extensão de cobertura e a melhoria dos serviços; apoio à constituição, implementação e funcionamento

[3] Em março de 1980, um novo instrumento jurídico introduziria o Ministério da Previdência e Assistencial Social como uma das partes do acordo de cooperação técnica entre o governo brasileiro e a Opas que permitiu o financiamento do Ppreps. Esta nova base institucional parecia refletir um esforço para imprimir maior integração entre as principais áreas federais que compunham a atenção à saúde no país (Pires-Alves & Paiva, 2006).

de 10 regiões docente-assistenciais para uma cobertura final de 15 a 20 milhões de habitantes; apoio ao estabelecimento de Sistemas de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a saúde, em cada Estado da Federação, integrados aos sistemas de planejamento setorial respectivo. (Teixeira, 1982: 65)

O desenvolvimento do Ppreps, pelas estruturas de governo, foi mais uma experiência associada ao projeto expansionista e racionalizador do sistema público de saúde da época que, embora não tenha alterado a correlação de forças dada pelas definições dos papéis dos Ministérios da Saúde e da Previdência no plano governamental, tornou-se um instrumento importante de aglutinação de idéias das equipes dos serviços e das universidades que vinham exercendo a crítica ao modelo vigente.

A abertura programática do Ppreps referente à integração docente-assistencial favoreceu a aproximação de equipes dos ministérios envolvidos e da Opas, com as experiências em curso nas universidades, ligadas à temática da medicina comunitária, traduzidas em projetos que já vinham discutindo alternativas de práticas para o sistema de saúde da época, entre os quais se destacavam (Santos, 1995):

- Programa de Medicina Comunitária de Londrina-Paraná, patrocinado pela Universidade de Londrina, em convênio com a Prefeitura Municipal, em 1969;
- Projeto de Saúde Comunitária da Unicamp (Campinas-SP), conhecido como Projeto Paulínia, financiado pela Fundação Kellogs, e que teve início entre 1971 e 1972;
- Programa de Saúde Comunitária – Projeto Vitória – realizado pela Universidade Federal de Pernambuco em Vitória de Santo Antão, PE;
- O Projeto de Atuação Médica Simplificada, para uma área periurbana do estado do Rio de Janeiro. Patrocinado pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), em Nova Iguaçu, RJ;
- Projeto de Área Programática para Serviços Integrados de Saúde – USP/DMP e Secretaria de Saúde de São Paulo.

A relação entre a temática da formação de recursos humanos e a reestruturação do sistema de saúde estava expressa nas ações previstas pelo Ppreps. A sua implantação conjunta com o Piass facilitou a integração ensino x serviço e com ela a problematização do Projeto de Sistema de Saúde, permitindo avançar na busca de alternativas, também discutidas pelas universidades e pelos serviços de saúde.

Dessa forma, o Ppreps pode ser considerado:

Um instrumento de intervenção estatal na área de formação de pessoal, visando contribuir para a implantação e o fortalecimento de um dado modelo de atenção

à saúde, que se caracteriza por tomar como objeto as populações excluídas do consumo de serviços sob as modalidades dominantes de atenção. É assim, um elemento de um projeto político de setores avançados das instituições estatais, especialmente o Ministério da Saúde, que sob a influência das organizações internacionais buscavam 'modernizar' as formas de participação do Estado na organização das práticas de saúde. (Teixeira, 1982: 68)

A integração ensino-serviço, na perspectiva adotada pelo Piass, associada ao Ppreps, favoreceu a ampliação de projetos que se desenvolveram de forma experimental, valorizando as iniciativas em andamento e ampliando o seu espectro no interior dos departamentos de Medicina Preventiva, através da idéia de medicina comunitária, conforme analisa Paim (1986: 111):

> o movimento da Medicina Comunitária é inicialmente incorporado pelos Departamentos de Medicina Preventiva que passam a testar novas modalidades de treinamento de pessoal, articuladas a alguma experiência de organização de serviços de saúde. Tais iniciativas, originariamente limitadas e focais, vão sendo ampliadas tanto em nível dos serviços de saúde através dos programas de extensão de cobertura (PECs), como em nível do ensino mediante a integração docente-assistencial.

Vale ressaltar que a integração docente-assistencial foi também concebida como um processo social, integrante das mudanças globais da sociedade naquele período. Considerava-se fundamental a participação da comunidade nas políticas públicas engendradas pelo Estado; uma maior articulação entre instituições, sem, contudo, comprometer a individualidade delas; e, sobretudo, a promoção de um processo de ensino-aprendizagem em sintonia com a realidade concreta das populações e com a participação do aluno em seu desenvolvimento, nos currículos e conteúdos acadêmicos (Marsiglia, 1995).[4]

Foi possível detectar que as estratégias desenvolvidas pelo governo, nesse período, produziram resultados no campo da capacitação de pessoal auxiliar e na gestão de recursos humanos e, por meio do Ppreps, foi possível desenvolver, nas secretarias de Estado, o entendimento das noções de planejamento de recursos humanos, ampliando assim as possibilidades de relação desses espaços

[4] As idéias originárias da Medicina Comunitária se expandiram por muitas universidades brasileiras durante as décadas de 70 e 80 e "foram incorporadas pelos técnicos das instituições estatais do Brasil e encontram-se no bojo da série de iniciativas surgidas após a 5ª Conferência Nacional de Saúde, com a criação do Sistema Nacional de Saúde (Lei 6.229 de 1975), do Programa Materno Infantil, do Programa Nacional de Imunizações, do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, Programa Especial de Controle da Esquistossomose-Pece, o Piass e finalmente o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde-Prevsaúde, em 1980" (Teixeira, 1982: 52-53).

burocráticos com as políticas de formação de sanitaristas desenvolvidas até então de forma centralizada, pela Ensp e pela FSP/USP, e que, a partir de 1975, principalmente a partir da Ensp, projeta-se na experiência de cursos descentralizados, provocando uma completa reformulação na oferta desses cursos e permitindo a entrada de sanitaristas em larga escala nos serviços estaduais de saúde, e com uma formação que já absorvia os elementos da conjuntura.

A contribuição do Ppreps foi também expressiva na criação e desenvolvimento de núcleos de Recursos Humanos nas secretarias estaduais de Saúde, possibilitando "a formação de intelectuais orgânicos, não somente para um projeto racionalizador, mas também para o movimento de democratização da saúde" (Paim, 1994: 38). Desta forma, o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde pode constituir um bom exemplo das interfaces entre a reforma sanitária e a necessidade de adequação da formação de pessoal às necessidades do sistema de saúde.

Essa sintonia, contudo, como veremos mais adiante, não deve ser compreendida no quadro de uma submissão do campo de recursos humanos às necessidades imperiosas dos reformadores do sistema, tendo em vista o fato da formação de pessoal de saúde não apenas possuir um desdobramento em políticas públicas, mas também constituir, pouco a pouco, um domínio cognitivo, de pensamento e elaboração teórica.

Do natimorto Prevsaúde ao SUS sancionado como lei: a década de 80 e a construção democrática

Nos anos 80, ocorreu uma intensa pressão da sociedade civil por participação e por liberdades democráticas, marcando a insatisfação da sociedade com o prolongamento do regime ditatorial e os seus desdobramentos. Símbolo da efervescência dessa fase, o movimento das Diretas Já, em 1984, defendendo o direito ao voto direto na escolha do presidente da República, aglutinou essas insatisfações com manifestações expressivas em todo o território nacional.

Foi uma década muito importante para a consolidação do movimento relacionado às mudanças no sistema de saúde brasileiro e à formação de recursos humanos para a saúde, e que se inicia com a realização da 7ª Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, em março de 1980, tendo, como tema central, "A extensão das ações de saúde através dos serviços básicos".

A partir da leitura do relatório dos debates travados na ocasião, podem-se perceber os limites das propostas institucionais apresentadas, em função do real sistema de saúde brasileiro, que já se tornara complexo, e cuja concentração de recursos no Ministério da Previdência limitava as possibilidades de desempenho do Ministério da Saúde, nas ações de sua competência (*Anais da 7ª CNS,* 1980).

A 7ª Conferência produziu um debate e uma síntese que mobilizaram apoios e oposições a prováveis intervenções nas políticas de saúde pela via estatal, nascendo, no interior do governo, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prevsaúde).[5] O seu processo de formulação se caracterizou por uma polarização entre o que era considerado estatizante e privatizante nas políticas de saúde e propiciou um debate que incorporou profissionais do setor, dirigentes públicos e representantes de entidades profissionais. A reação contrária estava representada pelos empresários da saúde, principais beneficiários da política de privatização que vinha sendo implantada com o financiamento do Estado (Oliveira & Fleury, 1986).

O Prevsaúde se referenciou nos resultados das experiências de atenção primária como a de Montes Claros, em Minas Gerais, e a do Piass, no Nordeste, incorporando como pressupostos básicos: a hierarquização das formas de atendimento por níveis de complexidade; a cobertura em áreas carentes; a atenção primária como porta de entrada do paciente no sistema de saúde; a participação comunitária e as técnicas simplificadas; a integração dos serviços existentes em cada um dos níveis de complexidade, independente da sua vinculação como público ou privado; e a regionalização do atendimento por áreas e populações definidas (Oliveira & Fleury, 1986).

O modelo assumido pelo Prevsaúde dava continuidade aos debates da 7ª Conferência e incorporava uma estruturação de sistema, interpretada por alguns como estatizante. Em sua última versão, o Prevsaúde se transforma em uma proposta mais normativa do que estruturante do setor. Para Oliveira e Fleury, houve alterações na essência do plano antes de ele vir oficialmente a público. Estas mudanças o descaracterizaram, convertendo-o apenas em um projeto de racionalização do modelo vigente, o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde Previdenciária, que foi editado junto com a criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (Conasp).

Frustraram-se, com o Prevsaúde, as expectativas criadas a partir das conclusões da 7ª Conferência, quanto a uma possível renovação do sistema de saúde, pactuada entre os ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social. A pressão exercida no interior do processo de construção do Prevsaúde pelos atores das negociações encerradas sem êxito, somada às dificuldades

[5] O Programa Nacional de Serviços Básicos em Saúde é elaborado por um grupo de técnicos composto por representantes dos ministérios da Saúde e da Previdência Social, com vistas à reestruturação e ampliação dos serviços de saúde, compreendendo também as áreas de saneamento e habitação (Fleury & Teixeira, 1986).

financeiras da Previdência,[6] resultou na elaboração do Plano de Reorganização da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, divulgado pelo Conselho Consultivo da Administração de Saúde da Previdência (Conasp) e aprovado em em agosto de 1982, pela Portaria n. 3.062.[7] O documento apresentado pelo Conasp propôs medidas quanto ao modelo vigente de prestação de serviços de saúde no âmbito da Previdência Social, reorientando a assistência à saúde previdenciária e definindo também as estratégias para sua implementação (Oliveira & Fleury, 1986).

O Plano apontou para a definição de parâmetros de cobertura e de concentração de serviços hospitalares, ambulatoriais e complementares de diagnóstico e tratamento para disciplinar o atendimento dos serviços vinculados ao Inamps (Portaria MPAS n. 3.046/82); para a reordenação burocrático gerencial de hierarquização das consultas médicas e serviços complementares, em linhas de atendimento, através do projeto de racionalização ambulatorial, que era limitado aos ambulatórios privados; e para a adoção de procedimentos normativos, vinculados às internações no setor privado aos leitos contratados pelo Inamps e limitando o abuso de expansões crescentes das internações nesse setor (Cordeiro, 1991).

As considerações aqui efetuadas são ilustrativas de uma crise que vinha se evidenciando em múltiplas facetas, desde a década de 60, no âmbito da Previdência Social, tornando cada vez mais clara a inviabilidade do modelo de assistência e de financiamento do sistema de saúde, nos moldes estabelecidos.

O aprofundamento das questões abordadas com relação ao modelo e ao financiamento da saúde fugiria às finalidades deste trabalho, mas apresentam alguns dados do contexto, em que foi possível avançar para a implantação da estratégia das AIS, surgidas também no âmbito da Previdência e Assistência Social, e que se tornou um caminho que possibilitava a construção de alianças entre os ministérios envolvidos com a saúde, o mesmo ocorrendo com as suas correspondentes estruturas estaduais e municipais.

---

[6] A chamada crise financeira da Previdência Social caracterizou-se pela existência de um déficit crescente a partir de 1980, atingindo neste ano os 40 bilhões de cruzeiros, sendo que, no início de 1981, no ápice da crise, já superava a casa dos 150 bilhões, A essa época, as projeções existentes previam a elevação do déficit a mais de 200 bilhões até o final de 1981, representando 1/6 do orçamento total para 1981, e mais de 400 bilhões para fins de 1982 (Oliveira & Fleury, 1986).

[7] O Conselho foi "criado em 2/9/81, através do decreto n. 86.329 do presidente da República como órgão do Ministério da Previdência e Assistência Social, com a competência de operar sobre a organização e aperfeiçoamento da assistência médica, sugerir critérios de alocação de recursos previdenciários para esse fim, recomendar políticas de financiamento e de assistência à saúde, analisar e avaliar a operação e o controle da Secretaria de Assistência Médica da Previdência Social" (Oliveira & Fleury, 1986: 291).

Para Cordeiro (1991: 36), as AIS

> representavam o início da incorporação dos setores público e privado nas atividades de planejamento que romperiam com a concepção dominante da dicotomia entre serviços/ações preventivas e curativas, ainda que o enfoque do planejamento se vinculasse estritamente à capacidade instalada de assistência individual.

No âmbito da saúde, o governo implantou, em 1983, como experimental, a estratégia de AIS, ampliada para todo o país em 1984. Estas ações representavam um avanço em relação ao processo de gestão até então adotado pelo sistema de saúde, introduzindo a proposta de gestão colegiada de ações de saúde, envolvendo, além do Ministério da Previdência e Assistência Social, os ministérios da Educação e da Saúde, e expandindo-se pelos níveis federal, estadual e municipal (Paim, 1986).

Embora de cunho eminentemente racionalizador, as AIS tiveram o mérito de abrir, para estados e municípios, a possibilidade de também se transformarem em atores da política nacional de saúde, seja como participantes dos fóruns de discussões oficiais (Comissão Interinstitucional/CIS, Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde/CIMS) ou não oficiais que então se abriam, seja como receptores de 'novas' (mas na verdade antigas) responsabilidades no sistema de saúde (Goulart, 1996).

A proposta das AIS incorporou uma visão de gestão colegiada que se expressava em comissões localizadas nos vários níveis do sistema. No plano federal, a Comissão Interministerial de Planejamento (Ciplan) envolvia os ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social, e Educação e Cultura, incorporando, posteriormente, o Ministério do Trabalho. As CIS, CRIS e CIMS (comissões interinstitucionais estaduais, regionais e locais de saúde) compunham a concepção que permitia a formalização de espaços de troca (Cordeiro, 1991).

Ainda que as decisões dependessem da aprovação das instâncias centrais, estava instalado, através desse mecanismo, um processo de gestão colegiada que lançaria as bases para outras mudanças, que passariam a defender a democratização, como prática inerente ao processo de planejamento e gestão das instituições. Ressalte-se que a associação entre democratização e saúde já estava disseminada no interior do movimento sanitário e representava a marca registrada das produções do Cebes, desde a sua criação, em 1976.

A luta empreendida, até então, para reformular o sistema de saúde e construir uma nova relação do Estado com a sociedade através da saúde se deslocava do Ministério da Saúde, palco das inovações ocorridas na segunda metade da década de 70, para o Ministério da Previdência e Assistência Social, até então fortalecido como estrutura de recursos e de poder, mas que resistia atra-

vés de mecanismos formais, às mudanças que aos poucos vinham sendo debatidas nos fóruns políticos promovidos pela Abrasco e pelo Cebes.

O avanço do processo de implantação das AIS favoreceu ainda a criação de comissões com participantes que representavam pensamentos políticos variados e ideologicamente divergentes em relação às concepções de Sistema de Saúde. Este fato também estimulou a manutenção de um debate permanente em torno dessas questões, permitindo o envolvimento de grupos representativos que buscavam a atualização das propostas relativas às políticas de saúde. Os fóruns contavam com a participação das instituições universitárias, Cebes, Abrasco, comissões de saúde dos partidos políticos, entidades de profissionais de saúde, de trabalhadores urbanos e rurais e pelo movimento da reforma sanitária. Desta forma, nas palavras de Hésio Cordeiro (1991: 37), "as AIS proporcionavam uma base técnica e princípios estratégicos para os momentos posteriores da Reforma Sanitária, mas estavam longe de ser, na prática, uma política de saúde assumida pelo governo".

Com essa perspectiva, vale destacar a realização de duas reuniões, durante o ano de 1984, promovidas pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados (Simpósio das Políticas de Saúde) e pelo Cebes e pela Abrasco, em Brasília e em Curitiba, respectivamente. No Simpósio de Políticas de Saúde da Câmara dos Deputados, que contou com a participação de representantes do movimento sanitário e de entidades privadas prestadoras de serviços "só houve consenso quanto ao diagnóstico de que era necessário ampliar as dotações para a saúde" (Cordeiro, 1991: 39), mas foi expressivo o debate em torno das AIS como caminho para a estruturação de um novo sistema de saúde (Paim, 1986).

A reunião do Cebes e da Abrasco, realizada em Curitiba, fortalecia as posições do movimento sanitário, sobretudo no que se referia à necessidade de promoção da unificação do sistema de saúde, a descentralização, à participação da população nas decisões e a fiscalização. Reconhecia-se o programa das AIS como um passo decisivo para e preparação da base técnica e gerencial do setor público para as reformas da saúde (Cordeiro, 1991).

Na direção municipal, as AIS também permitiam aprofundar mecanismos necessários à construção do sistema único. O compromisso com o sistema único de saúde por parte dos secretários municipais manifestou-se através da carta de Montes Claros, apelidada de 'Muda Saúde', fruto da Reunião de Secretários Municipais, ali realizada em janeiro de 1985. Neste documento, os secretários se manifestaram também sua confiança no processo de municipalização (Goulart, 1996). Nesse sentido é exemplar o depoimento de Goulart, então secretário municipal de Saúde de Uberlândia:

> As AIS foram mais do que a abertura possível. Foi um espaço em que nós, Secretários Municipais de Saúde, entramos como convidados, a princípio, mas

logo percebemos que era um foco de luta e de conquista... fomos construindo uma rede de contatos que, até então, não existia. Em pouco tempo já estávamos empolgados com as novas possibilidades do novo Sistema. (Goulart, 1996: 20)

Aos poucos, a estratégia das AIS ia permitindo a ampliação dos grupos envolvidos com os conteúdos críticos do sistema de saúde em vigor e proporcionando um espaço público de discussão das políticas de saúde. Em palestra proferida durante o III Congresso Médico Social da Bahia, em novembro de 1985, sobre a "Reorganização dos Serviços de Saúde e Ações Integradas de Saúde – AIS", Paim teve oportunidade de apresentar dez motivos para apostar nessa estratégia, assim mencionados:

- Princípios e objetivos consistentes, com a democratização da saúde;
- Planejamento e administração descentralizados;
- Instâncias deliberativas permeáveis à negociação política;
- Possibilidade concreta de participação popular organizada;
- Percurso para o estabelecimento do Sistema Unificado de Saúde;
- Respeito ao princípio federativo;
- Respaldo de forças sociais atuantes no setor;
- Perspectiva mais concreta de viabilidade;
- Incorporação do planejamento à prática institucional;
- Responsabilidade das universidades de formulação e desenvolvimento de políticas de saúde. (Paim, 1986: 193)

O debate em torno das AIS deu origem a alguns documentos propositivos então encaminhados ao presidente Tancredo Neves, com uma "convergência doutrinária informada pelo movimento sanitário e pela idéia do Sistema Único de Saúde" (Rodriguez Neto, 1997: 68). Segundo Rodriguez Neto, dois documentos se destacaram pela identidade nos pontos essenciais. O documento da Comissão de Elaboração do Plano de Ação do Governo Tancredo Neves (Copag), que contou com a participação de vários integrantes do movimento sanitário, e o segundo, apresentado por um grupo de parlamentares do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), que "tinha uma clara intenção de disputar um espaço, assumindo a condução da política de saúde" (Rodriguez Neto, 1997: 69).

Os documentos eram cautelosos quanto aos prestadores privados de serviços de saúde, "não indo além das propostas do Conasp e das intenções de dar prioridade ao setor público e às entidades filantrópicas" (Cordeiro, 1991: 40).

O Simpósio de Saúde da Câmara dos Deputados, realizado em 1984 na Câmara de Deputados, reforçou, em seu documento final, a estratégia das AIS como um caminho para o sistema único de saúde, ampliando o espaço de negociação com o programa de governo da transição democrática (Paim, 1986),

base da formulação da política de saúde do que viria a ser o governo de Tancredo Neves. O seu substituto, o presidente José Sarney, convocou, em 1985, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, dando continuidade a essa formulação.

Em março de 1986, realizou-se, em Brasília, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, convocada José Sarney e com ampla participação de trabalhadores e de representações da sociedade civil organizada – diferente das anteriores, que só permitiam a participação de representantes do governo.

A 8ª Conferência foi antecedida por conferências estaduais, propiciando o debate ampliado sobre seus temas centrais: saúde como direito inerente à cidadania e à personalidade; reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor saúde.

A organização desses debates foi impregnada, em todo o país, pela movimentação política que já se expressava em fóruns anteriores como o Simpósio Nacional da Câmara dos Deputados e as reuniões do Cebes e da Abrasco. Foram elaborados documentos sobre as temáticas da Conferência e os docentes vinculados à Abrasco e ao Cebes se deslocaram para os diversos pontos do país proferindo palestras na etapa estadual que antecedeu a Conferência Nacional, com uma expressiva participação de segmentos da sociedade organizada.

Para dar continuidade aos resultados da 8ª Conferência, duas vertentes se estabeleceram: um grupo de trabalho sob a coordenação do Ministério da Saúde, constituindo o que foi denominado de Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que realizou um trabalho com as instituições governamentais, e uma outra vertente que atuou junto ao Congresso Nacional com uma representação delegada pelas entidades de saúde, tendo em vista o processo constituinte em andamento nesse período. O Núcleo de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília teve um papel fundamental nessa articulação, negociando as propostas que emanavam do movimento da reforma sanitária e que eram discutidas na Plenária da Saúde, grupo que se reunia regularmente em Brasília, integrado pelas diversas entidades da saúde em torno da Reforma Sanitária.

Vale destacar que a Comissão Nacional da Reforma Sanitária dedicou atenção especial à questão de recursos humanos, produzindo documentos técnicos em que foram identificados os nós críticos do sistema de saúde ligados ao tema, trazendo novas questões para o debate, no que diz respeito à preparação de quadros para o sistema de saúde.

A 8ª Conferência definiu, entre as suas conclusões, que alguns temas estratégicos para organização do sistema de saúde deveriam ser objeto de conferências específicas. Entre os assuntos escolhidos, destacou-se 'recursos humanos'.

A I Conferência de Recursos Humanos abordou os temas da valorização do profissional, da preparação de recursos humanos, dos órgãos de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde; da organização dos trabalhadores

de saúde e da relação do trabalhador de saúde como usuário do sistema. Entre os tópicos relativos à preparação, o programa da conferência destacou a formação pós-graduada como relevante para o setor saúde, recomendando ainda uma relação com o sistema de saúde assim estabelecida: "a formação ulterior deve ser definida em função das necessidades do Sistema Único de Saúde de dispor de profissionais e equipes qualificadas para dar conta de modo eficiente (em termos de custo) e eficaz (em termos de resultados), de questões específicas referentes a problemas menos freqüentes". Estabeleceu também que "a estruturação do sistema em níveis hierarquizados de atenção à saúde deve fornecer os critérios, conforme os quais as necessidades quantitativas e qualitativas de formação posterior à graduação devem ser atendidas" (Brasil, 1986: 30).

Nesse contexto pós 8ª Conferência Nacional de Saúde, surgiu uma nova linha de cursos, apoiada pelo Ministério da Saúde, que se recortava por temáticas (de recursos humanos, de planejamento e de vigilância sanitária). Estes cursos eram oferecidos aos profissionais que já estavam nos serviços de saúde, em secretarias estaduais, principalmente, mas incorporando aos poucos os técnicos das secretarias municipais.

Essa linha diversificou a tradicional oferta de cursos de formação em saúde pública oferecidos pelas escolas de saúde pública, que eram, até aquele momento, os principais programas de preparação de quadros para as funções típicas dos sanitaristas lotados nessas instituições.

Os cursos novos surgem no contexto da criação dos Núcleos de Estudos em Saúde Coletiva na Nova República. Os núcleos foram criados com o apoio do Ministério da Saúde como uma ação indutora daquele Ministério para dar resposta à expectativa de uma rápida estruturação do Sistema Único de Saúde, nas bases apontadas na 8ª Conferência.

Os núcleos tinham inserções variadas, porém estavam mais concentrados em universidades, nos diversos pontos do país, instituindo um novo ator social entre aqueles já existentes, as escolas de saúde pública ligadas às secretarias estaduais e os departamentos de medicina preventiva, além das escolas de saúde pública da Universidade de São Paulo e da Fundação Oswaldo Cruz, consideradas escolas nacionais.

O reordenamento das estruturas de formação nos diversos pontos do país, além de possibilitar a oferta de cursos de curta duração voltados para áreas estratégicas do Sistema de Saúde, reconfigurou a capacidade de resposta desses centros de formação às secretarias estaduais e municipais de Saúde, diversificando a oferta de cursos *lato sensu* para a saúde pública.

A mobilização dos diversos segmentos do setor saúde que se identificavam com as idéias da Reforma Sanitária não se encerrou com a 8ª Conferência, e, com a avaliação de que deveria ser instituído um modelo intermediário às AIS, organiza-se, a partir de 1987, o Sistema Unificado e Descentralizado de

Saúde (Suds), implantado por convênios entre o governo federal e os estados, configurando uma alteração significativa nas orientações do processo decisório até então vigente.

Pelas novas regras, o Inamps perdeu seu papel de prestador de serviços (tanto direto, quanto indireto) tornando-se um órgão controlador e co-financiador do sistema de saúde, com uma prestação de serviços que passaria a ser efetuada de forma descentralizada pelos estados e municípios. Seu planejamento passaria, igualmente, a ser realizado de forma descentralizada, procurando evitar o paralelismo de iniciativas e buscando maior resolutividade, universalização, regionalização, hierarquização e integralidade das ações de saúde (Muller, 1992).

Nesse quadro, os convênios com os estados assumiram formas variadas, "contemplando diferentes níveis de transferência de funções bem como abarcando diferentes esferas descentralizadas de governo", indicando que "a intenção dos dirigentes da Previdência Social em promover a descentralização acelerada, era testar, na prática, a alternativa que parecia mais viável de melhoria da prestação de serviços para o usuário" (Muller, 1992: 51).

A implantação do Suds não foi realizada sem resistência, em que pese o reconhecimento da legitimidade dos resultados da 8ª Conferência e a condução política dos dirigentes do Inamps, que buscavam dar coerência aos princípios descentralizadores embutidos nas diretrizes do Suds. O teste do modelo de cunho descentralizador, referido por Muller, significava uma mudança radical nas formas de gestão até então existentes, de natureza privatista e centralizadora.

Esse processo político-social mobilizou enfrentamentos, que permitiram a problematização da realidade da prestação de serviços de saúde. Em torno dele, aglutinaram-se forças consideradas progressistas, representadas por pessoas que, através de suas entidades ou instituições, apoiavam a Reforma Sanitária e a criação do novo sistema de saúde – que, a esse tempo, ainda não tinha sido sancionado como lei, pelo Congresso Nacional.

Os embates políticos favoreceram a organização maior do movimento de trabalhadores, de parlamentares e de entidades representativas da sociedade, possibilitando a incorporação da saúde como um direito social na Constituição de 1988, que, em seu artigo 194, estabeleceu as ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência sociais, assim definidas:

> universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; irredutibilidade do valor dos benefícios; equidade na forma de participação no custeio; diversidade

da base de financiamento; caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial dos trabalhadores, empresários e aposentados. (Brasil, 1988: 131)

Em seu artigo 196, a Constituição definiu também que "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação" (Brasil, 1988: 133).

A Constituição estabeleceu em seu artigo 200 que:

> Compete, ao Sistema Único de Saúde, além de outras atribuições, nos termos da lei:
>
> - Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
> - Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
> - Ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde;
> - Participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
> - Incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
> - Fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
> - Participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
> - Colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.
>
> (Brasil, 1988: 133)

A síntese apresentada neste capítulo passa necessariamente pelo esclarecimento de que o movimento crescente que se estabeleceu nas experiências mencionadas, nos ministérios, nas universidades, nas secretarias estaduais e municipais e nos centros formadores em geral não pode ser analisado com um caráter linear. As forças progressistas mencionadas apresentaram, nesse período, um nítido poder de articulação que será analisado nos próximos capítulos.

Durante esse período, algumas instituições consideradas 'conservadoras', incorporaram-se aos movimentos de mudanças, produzindo uma alteração na correlação de forças no interior do governo, ao longo das décadas estudadas.

O exemplo mais emblemático é o Inamps, que inicia os anos 70 vinculado ao Sistema Nacional de Saúde através do Ministério da Previdência e Assistência Social, com políticas de cunho privatizante, e, a partir de meados dos

anos 80, assume gradualmente uma posição radical de revisão de suas atividades no âmbito de um sistema de saúde já impregnado pelas idéias de um sistema único de saúde, e dentro dele, conseguiu produzir ações descentralizadoras significativas para a consolidação do SUS, transformado em lei, em 1990.

Também se procurou sinalizar para a existência de um conjunto de centros escolares do campo da saúde pública, cuja expansão foi expressiva nas décadas de 70 e 80, e que se organizou na interação entre si e com outros parceiros, relacionando-se, intensamente, com as políticas de saúde e com o contexto político, nas distintas conjunturas.

2 Teorias, Instituições, o Fênomeno Educativo e as Redes

A organização do sistema de saúde brasileiro, bem como os diferentes projetos de reforma e de reestruturação do modelo de atenção à saúde que se sistematizam a partir da década de 70 compõem uma das searas de debates e temas relevantes para entender as propostas de ensino de saúde pública no Brasil. As conexões destes debates e propostas acerca da organização dos serviços de saúde e as reformas no campo do ensino de saúde pública não poderão, contudo, a nosso juízo, ser entendidas de forma mecânica, como se o ensino estivesse a reboque das propostas da saúde.

O campo da educação compõe uma arena específica, com suas premissas, debates teóricos e propostas particulares, compondo assim um eixo próprio de análise que, ainda que possa (e tenha de) ser remetido às discussões sobre as necessidades organizacionais do sistema de saúde brasileiro, não pode ser tratado como epifenômeno destas.

A noção de 'centro escolar', por exemplo, é fundamental neste estudo. Em parte pelo caráter acolhedor que essas instituições apresentam em relação aos fenômenos estudados, proporcionando arranjos peculiares que dão corpo e legitimidade às experiências de cursos e demais programas de ensino, expressando-se em processos formais, em registros de atividades formalmente organizadas e processos de avaliação. Pelo potencial de dinamismo de suas atividades, os centros escolares podem se revelar mais ou menos engajados nas conjunturas correspondentes, posturas que se refletem em seus projetos e suas programações de atividades.

O dinamismo dos centros escolares, por sua vez, nos convida a refletir sobre o papel que tais instituições podem, em maior ou menor grau, ter desempenhado em contextos históricos específicos. Uma reflexão neste sentido poderá contribuir para subsidiar o entendimento de fatos e processos da conjuntura

estudada, movendo grupos e mobilizando investimentos e articulações que possam ter resultado em produtos, como disciplinas e cursos inovadores, com a incorporação de conteúdos representativos de um olhar engajado e que contribuíram para ressignificar o ensino da saúde pública no país. Afinal, como foi possível, em um período marcadamente hostil de repressão política e patrulha ideológica, que propostas inovadoras e progressistas para os campos da saúde e da educação brasileiros não apenas surgissem, mas sobretudo se institucionalizassem como políticas oficiais?

Do poder da instituição à instituição do poder

O recorte assumido por este estudo demanda um esforço analítico de compreensão de diferentes estruturas, seja o espaço atinente ao campo da educação, seja ao do campo da saúde. Incluímos, aqui, suas distintas dimensões político-administrativas, nos diferentes níveis: municipal, estadual e federal. Trata-se ainda de estruturas temporais, tendo em vista o amplo cenário de mudanças pelo qual passava o país naquele período.

Nesse sentido, o pensamento de Testa (1997) sobre tempo histórico e tempo cronológico parece exemplar para representar a ação humana em um determinado tempo que se acelera, permitindo a produção de fatos e processos no espaço em que a história se constrói. Para ele, "o tempo histórico é incompreensível sem os aceleramentos e atrasos que lhe imprimem à ação humana e que o transformam assim em equivalente à transformação da contradição em conflito" (Testa, 1997: 45).[8]

Esse conceito se contrapõe ao de tempo cronológico, cujos ritmos estão ligados à reprodução cotidiana das instituições e também à produção de objetos. O que viabiliza o produto das instituições é também a síntese contraditória dos tempos históricos e cronológicos, orientando os processos de trabalho das equipes técnicas e administrativas e demais atores sociais, e as relações que se estabelecem com suas correspondentes estruturas regulatórias (conselhos de ensino, reitorias), contribuindo também para entender a formação dessas equipes e seus correspondentes graus de organização, traduzidos na qualidade de ensino do período.

A noção de tempo histórico de Testa facilita a compreensão de processos institucionais que permitem o diálogo permanente entre as suas propostas e outros espaços da vida em sociedade, favorecendo a formulação de programas

[8] Todas as citações de Testa (1997) foram traduzidas pela autora.

peculiares de ensino e de escolas, como "espaço inacabado e em gestação permanente" (Kononovich & Saidón, 1991: 39).

Estas noções parecem oportunas para analisar as conjunturas que conformam o período estudado. Além disso, ao compreendermos as instituições como a "formalização das organizações (a parceria, o processo de trabalho, a discussão pública), as quais, por sua vez, são os núcleos sólidos da atividade social" (Testa,1997: 57), corroboramos o entendimento de que a

> instituição se define mediante uma maneira de comportar-se segundo as normas institucionais, a ausência ou o desconhecimento delas, tanto que a organização é a forma de abrigar a estrutura das relações entre pessoas, para a realização de uma tarefa ou o cumprimento de uma função. (Testa, 1997: 57-58)

Testa destaca o processo de trabalho e o comportamento institucional como duas vertentes importantes para caracterizar as instituições. Sobre este aspecto, ele interroga qual dos dois componentes cumpriria o papel de instituinte e se posiciona afirmando que não haveria "uma solução única para esse dilema", tendo em vista o fato de que o instituinte, em contextos históricos precisos, poderia desempenhar comportamentos críticos, tornando-se assim ele mesmo agente de mudanças institucionais e da sociedade como um todo. E conclui, refletindo que "é através dessas modificações que se produzem as mudanças sociais viáveis" (Testa, 1997: 58).

Nessa discussão, o autor também critica a interpretação de que a estrutura é o pólo conservador e que a organização, o pólo dinâmico. Para ele, as estruturas são dinâmicas e dinamizadoras, onde a contradição se estabelece entre o dinamismo da organização e a elasticidade da Instituição, cujo fundamento é mais a legalidade estabilizadora que a legitimidade justificadora de sua existência. Em consonância com isso, nos fala Testa (1997: 59-60), "devemos recordar que a legitimidade é precisamente, o que constrói o instituinte, enquanto que a legalidade é o que estabiliza o instituído".

O autor defende também que:

> a legitimidade se constrói mediante um processo social, o que implica a atividade de atores que nele se conformam (não há atores legitimadores pré-formados), enquanto a legalidade se adquire através de um ato pontual em que os atores formais existentes sancionam o *status* de legal. (Testa, 1997: 60)

Para ele, o conceito de legítimo recorda a "hegemonia" no pensamento do último Gramsci, o que corresponde a uma liderança política, intelectual e moral, elemento central da construção de viabilidade de um projeto.

Uma outra vertente dessa discussão articula a relação da instituição com saberes e estruturas e está relacionada ao campo da análise institucional, que

"considera os saberes como instituições sem estabelecimento, sem espaço aparente ou manifesto" (Kononovich & Saidón, 1991: 37). Segundo os autores, a dinâmica dessas instituições se realiza questionando o lugar e o espaço do especialista. Kononovich e Saidón (1991: 37) destacam ainda que tais espaços estão atravessados por práticas que "a especialização e as disciplinas intentam recortar e controlar fora de seu campo". Esse conceito realiza a crítica da idéia formulada pela psicologia social de "estabelecimento como o lugar que organiza as diferentes ações e intercâmbios dos membros de uma instituição" e aproxima-se da corrente socioanalítica, concluindo que "a analogia que se produz entre 'estabelecimento' e 'instituição' impede captar o sentido das forças instituintes que dão lugar ao instituído. A instituição não se define mais como um lugar, mas como uma relação entre instituído e instituinte" (Kononovich & Saidón, 1991: 39).

A crítica dos autores à visão de instituição com características rígidas aponta para uma formulação que lhe conforma como "um espaço contraditório, atravessado por forças que escapam aos limites que estão fixados pela física do estabelecimento" (Kononovich & Saidón, 1991:39). Abre-se, assim, a perspectiva de que no interior das instituições, mesmo aquelas mais conservadoras ou ditatorialmente controladas, existam intenções e permitam a formulação de projetos *a priori* não afinados às diretrizes oficiais ou dominantes.

A partir dessas formulações, entendemos as instituições como espaços de construção e experimentação de práticas sociais, com segmentos abertos e fechados para a realização de inovações. São espaços de poder e campos de forças que estão distribuídos em estruturas flexíveis, capazes de dialogar com os campos relacionais, podendo abrigar ideologias diversas, assim como tensões em torno de idéias e projetos, portanto, um campo fértil para a criação.

Esse entendimento se relaciona com uma outra face dessa discussão representada pela noção de poder. Para Luz (1981: 32), o poder se apresenta "como estrutura normalizante de relações sociais de subordinação", o que, na consideração da autora, "não é como se apresenta em sua face de Ordem, organização integrada de práticas, unidade discursiva coerente. Seu discurso é composto de várias razões. Suas normas, a proposta de unificar interesses diversos, relações conflituosas". Dessa forma, pode-se considerar que as 'brechas', entendidas como espaços de movimentação das equipes que permearam os espaços políticos institucionais no período estudado, permitiram o surgimento de múltiplas experiências traduzidas em práticas de ensino, no interior dos centros escolares dedicados à formação dos sanitaristas, ainda que, como é o nosso caso, algumas destas práticas não fizessem parte *a priori* do escopo das metas propostas pelo *establishment* do Estado brasileiro.

Essa discussão nos leva mais uma vez à análise de Testa (1992) sobre o papel do Estado nas formações sociais capitalistas, em dois níveis de agregação:

> o que é caracterizado por seu funcionamento de conjunto homogêneo, e o que revela suas contradições internas, com diferentes graus de heterogeneidade. No primeiro desses níveis, o principal papel das Instituições de Estado é o de garantir a continuidade do sistema capitalista, e, na medida do possível, a relação das contradições geradas dentro dos grupos dominantes. No segundo nível de agregação, surgem elementos de heterogeneidade dentro das Instituições do Estado que podem dar lugar a contradições que levam à criação de condições favoráveis ao desenvolvimento ou ao fortalecimento dos conflitos interclasses. (Testa, 1992: 111-112)

Pela característica deste estudo, que se expressa na confluência das instituições de saúde e educação com seus respectivos processos de trabalho, parece importante considerar a existência de três poderes expressos nas práticas de saúde. Na perspectiva de Testa (1992: 118), há o

> Poder técnico, referente à capacidade de gerar, aceder e lidar com a informação de características diferentes; o Poder administrativo, relativo à capacidade de se apropriar e de atribuir recursos e, por fim, o Poder político, cujo papel se situa na capacidade de mobilizar grupos sociais em demanda ou reclamação de suas necessidades ou interesses.

A convivência entre os poderes está na raiz do processo de trabalho dos profissionais que estão nos centros escolares, expressam-se nas relações das equipes de saúde e de gestão da saúde, e dessas com a população. As maneiras como se combinam os tipos de poder e as formas assumidas sugerem que tipos e formas não são jamais estáticos, se transformam uns em outros, de maneira a permitir determinada autonomia no arranjo dos processos locais, assinalando também o caminho que se teria de percorrer para a constituição de um poder político de classe, isto é, de um poder político científico e pretensamente hegemônico.

Vale destacar que, a partir do final da década de 60 e início dos anos 70, o governo tentou implantar um discurso hegemônico na saúde, "enquanto setor de Estado, cujo efeito político mais importante é o de excluir, enquanto projeto político institucional alternativo, todo e qualquer outro discurso que não tenha a sua razão, sua racionalidade" (Luz, 1981: 15). Para alcançar esses objetivos, no período, o governo promoveu a integração do 'discurso médico' ao do desenvolvimento econômico, operou a centralização de órgãos e instituições de saúde e imprimiu o controle do poder decisório em altos escalões da hierarquia burocrática institucional.

Essa mesma autora, no entanto, propõe "analisar as relações do ponto de vista dialético, buscando no coração da ordem, aquilo que constantemente a ameaça" (Luz, 1981: 32). E complementa, considerando que:

> se só existe estrutura entendida como conjunto de regras mais ou menos rigidamente hierarquizadas, na medida em que ela é organização de relações sociais de poder, essas relações de poder são a prática de certas regras do jogo. São, portanto, práticas institucionais. Enquanto prática que institui a dominação como ordem, a prática institucional tende a ser conflituosa (vista do ângulo das relações sociais) e contraditória (vista do ângulo da estrutura). (Luz, 1981: 35)

A fertilização de idéias produzidas no âmbito das instituições de saúde no período estudado impõe um questionamento quanto à capacidade de produzir inovações e viabilizar propostas nas instituições de governo, estruturadas pela lógica da "dominação como ordem" (Luz, 1981).

Parece pertinente recorrer, novamente, ao pensamento de Testa (1997: 24-25), que identifica o processo de construção de viabilidade dos projetos com os processos de construção de sujeitos sociais e acrescenta que "a transição da ditadura para a democracia determinou o aparecimento de uma institucionalidade e uma metodologia diferentes, para a realização dos novos propósitos". O autor destaca "a imaturidade das instituições estatais naquele momento para determinar seus propósitos" (Testa, 1992: 114), o que, em nosso entendimento, poderia ser um fator de ampliação do campo de possibilidades para o surgimento de inovações e para a construção de alianças entre grupos e instituições.

Em nossa consideração, o poder poderá ser representado pela compreensão do exercício da autoridade, fruto de relações sociais, de natureza conflituosa e contraditória, capaz de impulsionar processos de coerção, força, manipulação e autorização, dentre outros, e cujo exercício implica decisões entre modos alternativos de decisão, isto é, não há uma única matriz de autoridade que determina o comportamento dos atores sociais, mesmo dentro de instituições burocráticas reguladas pela autoridade do estado.[9]

Dito de outro modo, a margem de decisões posta fora da matriz de poder institucional não é desprezível, constitui uma arena importante de tomada de decisões burocráticas e políticas, que se desdobram, muitas vezes, em programas e produtos oficiais, tais como disciplinas e cursos inovadores, com a

---

[9] Para uma visão das diferentes conceituações e escolas de pensamento acerca do poder, recomenda-se Lukes (1980). Este autor faz uma síntese da visão de pensadores sobre o poder, destacando Parsons, Arendt, Giddens entre outros, como personagens representativos de diferentes visões sociológicas: a unidimensional ou pluralista, a bidimensional e a tridimensional. O debate sumarizado por Lukes permite revelar as diversas conceituações que revestem o poder nas organizações e na sociedade.

incorporação de conteúdos representativos de um olhar engajado e, neste sentido, fora da base ideológica do sistema político-ideológico oficial. Estas brechas do sistema instituído possibilitaram ao movimento quase organizado pela democracia na saúde, construir alternativas de contribuição para a ressignificação do ensino da saúde pública no país.

Das teorias aos atos: o fenômeno educativo

O espírito de luta presente nos mais diferentes grupos sociais que se opunham ao regime político ditatorial iniciado nos anos 60 se expressou em um movimento de mudança e ruptura política bastante fértil que atingiu vários campos da sociedade brasileira. Uma de suas expressões foram os cursos e os programas de Seminários desenvolvidos nas universidades que refletiam, por sua vez, a reconfiguração do campo da saúde pública, como veremos mais adiante, sob a mediação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), durante a década de 80.

A compreensão da materialidade desses processos também requer uma leitura que possa ir além dos recortes disciplinares da saúde. As evidências que se configuram no conjunto de disciplinas e dos programas de formação, que passam por transformações no período, devem ser entendidas também a partir das leituras que se filiam ao campo da educação, pelo caráter mais ou menos conservador ou mesmo libertário das correntes educacionais. Elas se constituem em contribuições importantes para entender a escolha de processos ousados de formação, vocalizados, por exemplo, no rompimento das fronteiras das duas escolas aqui estudadas, que logo se comprometeram com um processo de formação de um sanitarista crítico – frente aos padrões da época – que se expandiria para diferentes estados do país. Nessa dimensão, o processo educacional se constitui em uma vertente importante deste estudo, expressando-se em alternativas pedagógicas referidas aos centros formadores em suas relações internas (programas e docentes) e externas (parceiros do sistema de saúde ou do sistema de formação), demandando uma incursão nas teorias educacionais e seus desdobramentos, como reflexão teórica tanto do processo educativo, como constituinte do campo da educação.

Para melhor compreender os debates das teorias educacionais, os estudos de Dermeval Saviani (1994) e Bárbara Freitag (1980) contribuem de forma ilustrativa quando apresentam suas leituras sobre o tema, pelas análises do fenômeno da marginalidade e da política educacional brasileira, respectivamente.

Saviani categoriza inicialmente as teorias educacionais em duas vertentes: a que entende a educação como "instrumento de equalização social" e a

que interpreta a educação como um "instrumento de discriminação social", ressaltando que ambos relacionam educação com sociedade, superando uma visão ingênua da educação como prática pedagógica desprovida de intencionalidade política.

Na análise de Freitag, quase todos os autores que discutem a conceituação da educação e sua relação com o contexto social concordam em dois pontos: o de que a educação sempre expressa uma doutrina pedagógica, a qual, implícita ou explicitamente, se baseia em uma filosofia de vida, concepção de homem e sociedade; e um outro, indicativo de que "numa realidade social concreta, o processo educacional se dá através de instituições específicas (família, igreja, escola, comunidade) que se tornam porta-vozes de uma determinada doutrina pedagógica" (Freitag,1980: 15).

Saviani classifica as teorias da educação em não críticas, crítico-reprodutivistas e críticas. Entre as primeiras, estão a pedagogia tradicional, a pedagogia nova e a pedagogia tecnicista. Todas elas entendem a educação como um instrumento para "converter súditos em cidadãos" e lhe atribuem a função de "equalização social". Têm entre si diferenças que valem a pena ser destacadas, pela natureza das intervenções que propõem no processo educativo.

Na proposta tradicional, a escola se organiza como "agência centrada no professor, que transmite o acervo ao aluno segundo uma gradação lógica" (Saviani, 1994: 18). Os alunos são atentos, organizados em classes, cada uma com seu respectivo professor. Este modelo, é importante salientar, se reproduziu vivamente não apenas no ensino básico e fundamental, constituindo-se também como elemento estruturador do ensino das profissões de nível superior, incluindo aquelas das ciências da saúde.

A 'pedagogia nova' ou movimento escolanovismo se propõe a superar a tradicional,

> deslocando o eixo da questão pedagógica, do intelecto para o sentimento; do aspecto lógico para o psicológico; dos conteúdos cognitivos para os métodos ou processos pedagógicos; do professor para o aluno; do esforço para o interesse; da disciplina para a espontaneidade; do diretivismo para o não diretivismo; da quantidade para a qualidade; de uma pedagogia de inspiração filosófica centrada na ciência da lógica, para uma pedagogia de inspiração experimental, baseada, principalmente, nas contribuições da biologia e da psicologia. (Saviani, 1994: 20)

Esta seria uma escola alegre, colorida, barulhenta e movimentada, tendo no professor um grande estimulador da aprendizagem, que se relacionaria com um grupo pequeno de alunos. Suas bibliotecas seriam dotadas de materiais didáticos ricos.

A pedagogia tecnicista aparece na metade do século XX, quando as esperanças no escolanovismo foram frustradas. Aqui:

> o elemento principal passa a ser a organização racional dos meios, ocupando professor e aluno posição secundária, relegados que são à condição de executores de um processo cuja concepção, planejamento, coordenação e controle ficam a cargo de especialistas supostamente habilitados, neutros, objetivos e imparciais. (Saviani, 1994:24)

A conseqüência na organização do trabalho é o crescente processo de burocratização e um investimento maciço nas atividades meio em detrimento da atividade fim. Saviani elabora uma síntese das propostas pedagógicas, referindo-se à tradicional como o "aprender", a pedagogia nova como "aprender a aprender" e a tecnicista seria o "aprender a fazer".

As teorias crítico-reprodutivistas representam aquelas que vinculam invariavelmente a educação à reprodução da sociedade de classes e ao reforço do modo de produção capitalista. Nesse bloco, estão as teorias do sistema de ensino como violência simbólica (Bourdieu e Passeron), da escola como aparelho ideológico de Estado (Althusser) e da escola dualista (Baudelot e Establet). A teoria do sistema de ensino como violência simbólica, desenvolvida na obra de Bourdieu e Passeron, em 1975, traduz a ação pedagógica "como imposição arbitrária da cultura (também arbitrária) dos grupos ou classes dominantes aos grupos ou classes dominadas" (Saviani, 1994: 30). "Uma das funções se manifesta no mundo das representações simbólicas (Bourdieu) ou ideologia, a outra atua na própria realidade social". Segundo Bourdieu, "o sistema educacional garante a transmissão hereditária do poder e dos privilégios, dissimulando sob a aparência da neutralidade o cumprimento dessa função" (apud Freitag, 1980: 25).

Na compreensão de Saviani, Althusser desenvolve sua contribuição à discussão, partindo da existência de aparelhos repressivos e ideológicos de Estado, classificando, entre os primeiros, o governo, a administração, o exército, a polícia, os tribunais, as prisões, e entre os ideológicos inclui o religioso, escolar, familiar, jurídico, político, sindical, da informação e da cultura, e atribui à escola "a função básica de reprodução das relações materiais e sociais de produção" (Freitag, 1980: 33). Para Saviani (1994: 35), Althusser "chega mesmo a afirmar que os aparelhos ideológicos do Estado podem ser não só o alvo, mas também o local da luta de classes".

A Teoria da Escola Dualista elege "a inculcação da ideologia burguesa" (Saviani, 1994: 37) como papel fundamental da escola. Seus autores consideram que é aparente a visão de escola unitária e unificadora, concluindo pela existência de duas redes de escolarização, correspondentes à divisão da soci-

edade capitalista em classes: a burguesia e o proletariado. Essas estariam representadas, segundo a teoria dualista, em "rede secundária superior" e "rede primária profissional". Ainda que admita a escola no quadro da luta de classes, a teoria da escola dualista não a considera "como palco e alvo" dessa mesma luta.

Uma outra síntese das visões da educação foi realizada por Freitag abordando um conjunto de autores que discutem o processo educacional, iniciando por Durkheim, que "parte do homem egoísta, que precisa ser moldado para a vida societária", acreditando que "novas gerações aprendem com gerações mais velhas, num processo educacional mediatizado pela família, mas também pela Escola e pela Universidade" (Freitag, 1980: 16). Talcott Parsons acrescenta a questão da socialização, afirmando que "sem ela, o sistema social é incapaz de manter-se integrado, preservar sua ordem, seu equilíbrio e conservar seus limites" (apud Freitag, 1980: 16).

Freitag considera que Dewey e Mannheim criticam a visão da educação como um mecanismo de correção e ajustamento do indivíduo e consideram que a estrutura poderá desempenhar um papel dinamizador, a partir do ato inovador do indivíduo. Nessa proposta, segundo Dewey, a escola deve assumir características de uma pequena comunidade democrática, onde a criança aprende as práticas da democracia pelas próprias vivências, "habilitando-se a transferi-las, futuramente em sua vida adulta, à sociedade democrática como tal" (Freitag, 1980: 19). Freitag critica Durkheim e Parsons, considerando que ambos negam a dimensão histórica, negam a dimensão inovadora e emancipatória da educação, expelem os conflitos e as contradições de seus modelos teóricos e postulam ser o sistema educacional o mecanismo de ajustamento por excelência, entre indivíduo e sociedade.

Sobre Dewey e Mannheim, a crítica da autora ressalva que ambos compreendem a educação como um instrumento de mudança social, mas a coloca na mesma visão conservadora de Durkheim e Parsons. Para ela, estes autores definem como objetivo final da educação, uma "sociedade democrática harmoniosa, em que reina a ordem e tranqüilidade, onde conflitos e contradições encontram seus mecanismos de solução e canalização" (Freitag, 1980: 24).

A revisão do pensamento de Durkheim e Parsons se complementa com uma síntese de Bourdieu, que atribui à escola uma "função de reprodução cultural e social" que "reproduz as relações sociais de produção da sociedade capitalista" (Freitag, 1980: 27), e cuja afirmação é assim questionada pela autora:

> mas seria isso somente? Suas funções realmente se limitam à reprodução cultural e social das relações sociais? Se assim fosse, como se justificariam as investidas e interferências das empresas e do Estado na esfera educacional, com a intenção de aprimorar recursos humanos, e refuncionalizar o sistema educacional? (Freitag, 1980: 27)

As perguntas elaboradas por Freitag introduzem uma vertente da educação muito utilizada pelo campo da saúde desde o final da década de 70, que discute a formação de recursos humanos, vinculada a processos de expansão e requalificação do setor. Em sua dimensão reflexiva do processo de formação, a questão dos recursos humanos para a saúde é discutida por Paim (1994) como um tema complexo para o sistema de saúde brasileiro que envolve as instituições educativas e de serviços, as corporações profissionais, e os movimentos populares, dentre outros.

Recorrendo mais uma vez às leituras de Freitag, vamos encontrar a recuperação do pensamento de autores como Becker, Schutz, Edding e Solow, que, em suas respectivas obras, são os pais das disciplinas de planejamento educacional e economia da educação, que embasaram muitas das propostas de organização do tema de recursos humanos nas organizações, no setor público ou privado, no período estudado. Para a autora, "eles partem de uma constatação empírica que fundamenta suas reflexões teóricas: a alta correlação entre crescimento econômico e nível educacional dos membros de uma sociedade dada" (Freitag, 1980: 28).

Na busca pelo entendimento dessa questão, os formuladores da área da educação se aproximaram da economia, valorizaram a discussão sobre a relação entre capital e trabalho, e, através de Becker e Schutz, formularam a hipótese da educação como taxa de crescimento excedente. Tendo essa hipótese como válida, os investimentos econômicos rentáveis seriam aqueles voltados para a população ativa. "Desde então, se vem falando de recursos humanos, formação do capital humano e formação de *manpower*" (Freitag, 1980: 28). Nessa concepção, "o investimento é feito em nome da nação, produzindo uma taxa de crescimento que beneficia a todos" logo, "os cofres públicos podem e devem arcar com as despesas" (Freitag, 1980: 27-28).

Considerando que os gastos educacionais devem ser feitos com um mínimo de desperdício, a economia da educação recorreu ao planejamento educacional, efetuando uma composição entre os dois modelos clássicos da economia e da educação: os modelos do investimento e da demanda, respectivamente.

A leitura de Freitag (1980: 28) inclui ainda o pensamento de Altvater, que considera que "há de fato uma socialização dos gastos educacionais, mediatizada pelo Estado, no interesse da empresa privada e do capital monopolístico". E ainda adverte que os investimentos realizados para aprimorar a força de trabalho, sob a forma declarada de qualificação de mão-de-obra e aperfeiçoamento dos recursos humanos, precisam ser observados no próprio contexto da produção capitalista. Nesse sentido,

> os investimentos educacionais vistos no contexto da reprodução ampliada precisam ser compreendidos como investimentos em capital variável, que tornará mais

eficientes investimentos em capital constante, aumentando com isso a produtividade do processo de produção e reprodução capitalista. (Freitag, 1980: 29)

A partir da análise de que as teorias crítico reprodutivas estão apenas empenhadas em explicar o mecanismo de funcionamento da escola tal como está constituída, Saviani avançou na construção de uma teoria crítica da educação, formulando, para isso, uma série de interrogações, vinculadas à temática da marginalidade: é possível articular a escola com os interesses dominados? É possível uma teoria da educação que capte criticamente a escola como um instrumento capaz de contribuir para a superação do problema da marginalidade?

O autor conclui pela necessidade de superar "tanto o poder ilusório (que caracteriza as teorias não críticas), como a impotência (decorrente das teorias crítico-reprodutivistas), colocando nas mãos dos educadores uma arma de luta capaz de permitir-lhes o exercício de um poder real, ainda que limitado" (Saviani, 1994: 41). Reconhecendo que esse é um caminho repleto de armadilhas, onde "os mecanismos acionados periodicamente a partir dos interesses dominantes podem ser confundidos com os anseios da classe dominada", Saviani (1994: 42) propõe que a educação mergulhe na sua especificidade, como um caminho que a "levará à compreensão das complexas mediações pelas quais se dá a sua inserção contraditória na sociedade capitalista".

Na dimensão formulativa, Paulo Freire (1979) propõe a educação problematizadora, a partir da crítica à "educação bancária", cujos conhecimentos são despejados do educando para o educador. Freire apresenta sua proposta como "futuridade revolucionária", que se identifica como um "movimento permanente em que se acham inscritos os homens, como seres que se sabem inconclusos"; considera que "o movimento é histórico e que tem o seu ponto de partida, o seu sujeito, o seu objetivo". Nessa concepção,

> os homens são entendidos como seres históricos (...) como seres mais além de si mesmos – como "projetos" – como seres que caminham para a frente, que olham para frente; como seres a quem o imobilismo ameaça de morte; para quem o olhar para traz não deve ser uma forma nostálgica de querer voltar, mas um modo de melhor conhecer o que está sendo, para melhor construir o futuro. (Freire, 1979: 84)

Em Cury, vamos encontrar uma estreita vinculação da educação com o processo educativo formal, constituindo-se num terceiro modo de abordá-la no seu caráter mediador propositivo, e que reconhece os homens como agentes históricos e não como "meros produtos sociais" (Cury, 1995: 53). Apresentando a educação com gênero e função específica, o autor ressalva que ela "é produto humano e conservará o caráter dialético dos fenômenos existentes na estrutura social", que por sua vez, "geram novas exigências para a educação, que,

ao captá-las, antecipa um modo de ser futuro, que determina tarefas para o presente" (Cury, 1995: 54). Desse modo,

> as relações de dominação (e dentro delas a educação) só contribuem efetivamente para a reprodução das relações sociais e sua consolidação, caso se tornem elementos mediadores entre a estrutura econômica capitalista e a conquista de um espaço: o da consciência e do saber, ambos transformados em forças produtivas. (Cury, 1995: 58)

Cury propõe superar a noção de causa pela de mediação, lembrando que as relações não têm uma direção determinística unidirecional, e acrescenta que "se os modos de produção são mediados entre os homens, os homens mediados podem se converter em mediadores entre a estrutura econômica e um novo homem" (Cury, 1995: 65). Desta maneira, se estabelece um protagonismo para os homens como sujeitos de novas relações sociais, sujeitos capazes de negar o *status quo* e a ordem existente, anunciando e produzindo o novo.

A estreita relação entre educação e estrutura social e a sua interpretação como instrumento de mediação das relações sociais, remete à compreensão da educação como "um saber sempre referido a um fazer" e que "se alimenta da tensão entre a melhoria da força de trabalho e o modo de realização dessa melhoria, inerente ao capitalismo" (Cury, 1995: 74).

Assim, no interior do processo de trabalho, estaria aberta uma perspectiva para a realização da função política da educação, possibilitada pela ação de sujeitos sociais, que, no exercício do seu trabalho, estão organicamente vinculados a uma classe, e, no desempenho de sua tarefa, agregam elementos do econômico, do social e do político, realizando a função de porta-vozes através do seu trabalho. Eles atuam na formação e organização de uma consciência de classe, possibilitando, por seu turno, o avanço na conquista de uma maturidade ideológica transformadora.

Sendo o ensino e a escola as principais referências desta investigação, consideramos oportuno introduzir no quadro de referência algumas questões que embasam o fenômeno educativo, entendendo-o como um momento e um instrumento de tradução das propostas que se realizam através das programações escolares e que deve ser compreendido como objetivação da produção intelectual dos grupos que conformam as instituições pedagógicas em um determinado momento, portanto, fruto de relações sociais.

É também em Cury que vamos encontrar uma leitura do fenômeno educativo, desenvolvida a partir da reflexão de que é necessário avançar no modo próprio de compreender a educação através de um conjunto de elementos, classificados pelo autor como dialeticamente complementares e contraditórios e que lhe conferem concretude. Tais elementos estão assim apresentados por

Cury: idéias pedagógicas, instituições pedagógicas, agentes pedagógicos, material pedagógico e ritual pedagógico.

As instituições pedagógicas são entendidas como "organizações culturais (no seu sentido mais amplo), a serviço das ideologias que a veiculam através de instrumentos de difusão, entre os quais estão os agentes pedagógicos, o material pedagógico e o ritual pedagógico" (Cury, 1995: 95). Nessas instituições se realizam as idéias pedagógicas, em torno das quais convivem, dialeticamente, o caráter progressista com o conservador, o novo e o velho, o dominante e o dominado. As instituições pedagógicas são espaços em que as situações contraditórias são consideradas germes dos processos de criação.

Entre os materiais pedagógicos, o currículo e o método se destacam como meios importantes de construção das propostas pedagógicas. Na visão de Cury, esses elementos guardam um caráter de complementaridade entre si e, nas suas especificidades, é possível entender o currículo como instrumento mantenedor ou transformador da ação pedagógica, e o método, como "uma ação em execução em que os fins explícitos ou implícitos são, ao mesmo tempo, condição e resultante da ação" (Cury, 1995: 111).

Os agentes pedagógicos, inseridos nas várias etapas do processo de trabalho, no plano da educação, estão representados pelos docentes, coordenadores, inspetores, orientadores, supervisores, sugeridos pela organização do trabalho, instalada nas organizações. Os agentes pedagógicos seriam, segundo Cury (1995: 113), "os divulgadores mais imediatos da concepção de mundo que buscam o consentimento ativo e coletivo das classes sociais, em função do projeto hegemônico existente".

O ritual pedagógico complementa o conjunto de referências da caracterização do processo pedagógico adotada neste trabalho, abrangendo o pessoal, a organização burocrática, os controles e as provas. Tais elementos envolvem a organização burocrática da escola (horários tempos, normas de conformidade, calendários). Também integram esse campo os programas e os conteúdos, que, ao lado dos sistemas de avaliação, são possibilidades de veiculação de uma linguagem não verbal que se expressa por meio de comportamentos sociais concretos, transmite normas e valores e pode confirmar relações estabelecidas.

Como os outros elementos, os rituais pedagógicos devem ser compreendidos na dimensão de escola, como espaço de reprodução ou recriação de práticas, sofrendo, eles mesmos, as influências do processo social ao qual ela está submetida.

Nessa instituição escolar, a experiência de vida de uma classe está valorizada como um momento pedagógico de intensa significação, denominado por Cury (1995: 97-98) "instituição pedagógica elementar", implicando a realização da tarefa pedagógica em uma oportunidade para "elevá-la, transfor-

mando-a, em conhecimento, capaz de gerar, além do pensamento, uma ação política organizada".

Essa perspectiva de escola considera também que a maior ou menor importância dela no plano social está relacionada à sua "situação e historicização, no contexto de uma formação social específica", o que poderá ser refletido através do "grau de elaboração de um pensamento político que ela veicula", e no potencial de "obstaculização e facilitação da transformação social" (Cury, 1995: 104).

Desta forma, podemos compreender como em pleno contexto de ditadura política, de falta de liberdade e garantia plena aos direitos civis, foi possível, como veremos no capítulo 3, produzir propostas de educação profissional para a saúde mais afinadas a teorias e metodologias progressistas, cujas práticas apontavam para a existência de algo mais que um aluno-produto, alheio ao processo de trabalho.

Como estruturas dinâmicas do processo social, e à luz desse referencial teórico, as escolas e os cursos focalizados pelo estudo devem ser entendidos como parte de um processo educativo mais ampliado, no campo da formação em saúde pública (coletiva), e com ele se relacionando nas sucessivas conjunturas, na produção de propostas ligadas à preparação da força de trabalho e à formulação de políticas de saúde, o que pode ter lhes conformado um perfil determinado no conjunto de centros formadores em saúde pública/coletiva do país.

No espaço ampliado, a possibilidade de produção de alguns centros formadores pode ultrapassar os limites das salas de aula, ou mesmo dos espaços tradicionais de configuração de sua estrutura como escola local. Nessa perspectiva, se expande também o potencial de interlocução de suas propostas no interior do campo da saúde e na relação com outros campos de interface, referidas às suas características de escolas nacionais, o que lhes confere a possibilidade de recriação de práticas, e lhes agrega um potencial de colaboração com outras instituições de ensino ou de serviço, inseridas nas conjunturas determinadas. A configuração assumida pelas escolas nacionais possibilitou uma atuação em rede em que os vínculos se multiplicam, impulsionando os produtos da convivência da política com o desenho de processos pedagógicos, muitos dos quais refletidos nos currículos, como também na formação de professores e das estruturas. A multiplicação dessas possibilidades favoreceu a constituição de um embrião de um sistema nacional de formação em saúde pública.

Da tensão do campo às possibilidades da rede

Para compreender a dinâmica dos processos associativos e de colaboração, na dimensão pedagógica apontada, tomamos inicialmente o ensino da

saúde pública no Brasil como o nosso campo de referência maior, para, a partir dele, investigar a existência de relações formais ou informais de associação, no seu interior, consideradas as diferentes escolas de saúde pública em apreço. Recorremos aqui aos conceitos de campo e rede, identificando os elementos teóricos que possam contribuir para a recuperação de fenômenos presentes ou subjacentes à realidade estudada.

O conceito de campo está muito identificado ao pensamento de Bourdieu. O autor considera que a adoção do conceito de campo permite romper com vagas referências comumente adotadas para o mundo social, como "contexto", "meio", "fundo social", dentre outras expressões, permitindo a convivência de dominantes e dominados, com suas respectivas vanguardas, suas lutas subversivas e seus mecanismos de reprodução (Bourdieu, 1990: 169).

A questão do poder se expressa através de práticas comuns ao campo científico, como o poder de publicar ou de recusar publicação, de transferir poder dos mais velhos para os mais jovens, através de comentários elogiosos, dos prefácios, dentre outras práticas que foram traduzidas por Bourdieu como "poder de acumular capital", o que abrigaria, portanto, relações de força, estratégias, interesses etc. Nesse caso, o campo aparece como o lugar de relação de força que se impõe a todos os agentes que nele penetram.

No interior do campo, "cada um dos agentes investe a força (o capital) que adquiriu pelas lutas anteriores, em estratégias que dependem, quanto à orientação, da posição desse agente nas relações de força, isto é, do seu capital específico" (Bourdieu, 1990: 171-172), que pode opor vanguardas renascentes a vanguardas consagradas.

O movimento que se organiza no interior do campo pode favorecer o poder de nomear até mesmo "o inominável, o que ainda não foi percebido ou que está recalcado". As palavras fazem com que "sejam vistas ou previstas coisas que só existiam no estado implícito, confuso, quando não recalcado" (Bourdieu, 1990: 179).

Para efeito de melhor compreensão, Bourdieu (1983) estabeleceu o que chamou de leis gerais dos campos. Essas leis expressam características de fenômenos do seu funcionamento assim sumarizadas: 1) os campos diferentes possuem leis de funcionamento invariantes, permitindo avançar o conhecimento sobre os mecanismos universais dos campos, que se especificam em variáveis secundárias; um campo se define através dos objetos de disputas e dos interesses específicos que são irredutíveis aos objetos de disputas e aos interesses próprios de outros campos e que não são percebidos por quem não foi formado para entrar nesse campo; 2) a estrutura do campo é um estado da relação de força entre os agentes e as instituições em torno dos quais o capital específico acumulado nas lutas anteriores, permite a orientação de estratégias

ulteriores; 3) todas as pessoas que estão engajadas num campo têm um certo número de interesses fundamentais em comum, daí a cumplicidade subjacente a todos os antagonismos; 4) os recém-chegados ao jogo que se estabelece no interior do campo devem reconhecer o valor do jogo e os seus princípios de funcionamento. Nesse sentido, as estratégias de subversão empreendidas pelos que se propõem a realizar revoluções no campo se mantêm dentro de certos limites e de outro modo também buscam no passado suas referências para jogar no presente; 5) o *habitus* de profissional previamente ajustado às exigências do campo vai funcionar como um instrumento de tradução.[10]

A par dessas características que nos permitem compreender a configuração dos campos, é possível depreender a existência de um movimento de articulação entre elas, que se traduz no jogo de poder. Nele, a ortodoxia se relaciona com a entrada de novos atores com menos capital, dispostos a subverter a ordem para construir uma ruptura crítica. Esse processo "está freqüentemente ligado à crise, e, juntamente com a doxa, faz com que os dominantes saiam de seu silêncio, impondo-lhes a produção do discurso defensivo da ortodoxia, visando a restaurar o equivalente da adesão silenciosa da *doxa*" (Bourdieu, 1983: 90).

Assim, tomamos como referência o conceito de campo, que se expressa em um espaço de relação de idéias, pessoas e instituições, em que interagem novos e velhos atores sociais com suas respectivas contribuições, e onde são empreendidos esforços de renovação, na luta entre o passado e o futuro, entre a heresia e a ortodoxia, que é mediado pela relação de seus membros, numa convivência onde também se misturam conflitos e cumplicidades, num sistema de esquemas geradores de estratégias.

A literatura que bebeu nas águas das análises de Sergio Arouca (*O Dilema Preventivista*, 1975) e de Cecília Donangelo (*Saúde e Sociedade*, 1976) – que constituíram as bases de um movimento reformador no campo do pensamento social em saúde, por exemplo – contribuiu em muito para a produção do campo da saúde coletiva, em um movimento genuinamente nacional de revisão das bases teóricas e práticas da saúde pública mais tradicional, ainda inspirada em uma noção higienista e com um recorte de gestão mais governamental.

A capacidade de interlocução desenvolvida no interior do campo da saúde coletiva no Brasil se apresenta como uma expressão importante na literatura. Para entender as conexões que se estabeleceram entre grupos, projetos e instituições, optamos pelos estudos de laboratório que utilizam a noção de rede.

---

[10] A teoria do *habitus* visa a fundar a possibilidade de uma ciência das práticas que escape à alternativa do finalismo ou mecanicismo (Bourdieu, 1983).

Pela expressão e atualidade dos estudos efetuados nessa área, consideramos uma referência importante para facilitar a compreensão de alguns processos associativos empreendidos pela saúde pública (coletiva) no período estudado.

Callon (1989: 21) entende o laboratório envolvido em uma "cadeia de mediadores" que conforma uma "cascata de porta-vozes", capaz de mobilizar "atores, aliados ou adversários potenciais, seres humanos ou não, se encontrando traduzidos no laboratório, sob a forma de representantes raros, próximos, concentrados, accessíveis e manipuláveis". Sua contribuição se inscreve na produção recente da sociologia da ciência, que enfatiza a noção de parceria e de espaços ampliados na produção da tecnociência. Para embasar essa perspectiva, o autor define o laboratório extenso em oposição ao laboratório restrito, justificando, no primeiro, a inclusão de interlocutores e parceiros na composição da sua força de trabalho, pelo papel que desempenham na definição dos conteúdos das pesquisas, na orientação dos programas e mesmo na avaliação dos resultados. No laboratório restrito estariam apenas os seus membros oficiais.

Essa vertente da discussão tem permitido refletir sobre novas formas de organização do trabalho nos laboratórios e compõe um corpo de conhecimentos que embasa a noção de redes sociotécnicas, entendidas como "uma associação de elementos de ordem técnica, econômica, jurídica e política que permitem viabilizar a produção de conhecimentos" (Teixeira, 1994: 13). Nessa compreensão, o laboratório adquire vida interna (laboratório restrito) onde os pesquisadores, professores, alunos e funcionários, e até mesmo os equipamentos ali localizados se relacionam ou estabelecem conexões, com o que se configura como laboratório ampliado, organizando para além dos seus muros as contribuições essenciais ou complementares à produção daquela equipe do laboratório restrito.

A noção de laboratório, nessa perspectiva, proporciona elementos que estão refletidos na dependência e, ao mesmo tempo, no potencial que tais parcerias agregam à sua produção. Assim, o trabalho realizado por determinada equipe no laboratório de pesquisa pode ser visto pela essencialidade do trabalho do pesquisador, aparentemente solitário, mas não prescinde de contribuições quanto à manutenção dos equipamentos que utiliza, ao pagamento das bolsas de seus alunos e colaboradores, à energia elétrica consumida, às produções compartilhadas em arquivos com informações importadas de outros espaços pela via da internet, dentre outras possibilidades ilustrativas dessa conexão.

A aplicação desses conceitos, nas diversas áreas, tem ampliado a discussão, a exemplo das redes de cooperação apresentadas por Vinck, como uma alternativa de cooperação entre projetos colaborativos. Para ele, "o laboratório não é necessariamente associado a um lugar fixo; ele é antes de tudo um

dispositivo capaz de importar e deslocar fenômenos, assim como exportar e deslocar produtos científicos" (Vinck, 1992: 97).

Os estudos deste autor sobre o tema apontam para a valorização dos conceitos de densidade e centralidade. A densidade está referida à freqüência das relações entre indivíduos e grupos, determinando a sua identidade e coerência como grupo. A sua adoção, como critério de gestão dos processos em rede, permite "acompanhar as transformações dos grupos, sua emergência, extensão, fusão, cisão, germinação, recessão e dissolução" (Vinck, 1992: 88). A centralidade fornece a medida das relações de um indivíduo ou de um grupo com outros indivíduos, por referência a um grupo considerado como central.

A reinterpretação desses conceitos, à luz dos estudos de rede, supera a visão de rede de relações como algo que se processa espontaneamente. Tal conceituação permite introduzir a idéia de gestão de processos em rede, com a possibilidade de efetuar monitoramento das produções que oportunizam a recriação dos fenômenos que se processam em seu interior, com possibilidades de mover os obstáculos que se apresentam como limites à movimentação do campo, e de seus atores em conexão. Problemas identificados nos espaços de produção dos laboratórios restritos podem ser comuns a múltiplos espaços, mesmo dentro do laboratório ampliado, podendo, contudo, ser identificados, recortados, processados, à luz da sua significância no interior da rede, permitindo a convocação de outros atores para o seu equacionamento. De outro modo, esse processamento pode favorecer à produção de novos materiais, que retornam para a rede como contribuição mobilizadora de um outro ciclo de elaboração. Nessa perspectiva está sempre presente a possibilidade de recriação e mobilização, com a recriação permanente de práticas associativas e a agregação da capacidade de movimento à rede de cooperação.

Outra dimensão dos estudos de rede diz respeito à dinâmica dos seus atores e à diferenciação de alguns papéis no interior dos grupos. A relação interna ou externa implica o aparecimento de posturas diferenciadas, tomadas por atores que ampliam a capacidade de diálogo daquele grupo, e dele recebe a delegação para representá-lo em algumas situações. Nesse caso, "o representado é a fonte de poder que anima o representante" (Teixeira, 1994: 20).

Callon (1989: 16) discute assim a vinculação da noção de porta-voz à idéia de representação:

> todos os bens, sobre os quais um laboratório age, mobiliza, transforma e fabrica, constituem, qualquer que seja a categoria à qual ele pertença, porta-vozes ou representantes que, logo que são mobilizados, mobilizam com eles todos os atores humanos ou não humanos que eles representam.

O laboratório é, assim, o lugar onde interagem "redes inteiras que são permanentemente mobilizadas por um punhado de porta-vozes" (Callon, 1989: 22).

Teixeira (1994) detalha o conceito de porta-voz, incluindo os artefatos tecnológicos, as inscrições tecnocientíficas, as competências e as verbas, e propõe o seu "esquartejamento" como "um mero artifício metodológico", ressalvando que nunca o encontraremos atuando isoladamente.

A autora toma um centro de pesquisa como local de referência para concretização desse conceito e adota a seguinte classificação: os artefatos, elementos não humanos (equipamentos, materiais e substâncias); as notas, tabelas, gráficos, relatórios e artigos estariam entre as inscrições tecnocientíficas; as competências estariam representadas pelos pesquisadores, técnicos, pelo corpo administrativo e pelo conjunto de informações, assim como os textos produzidos pelas equipes; e as verbas viabilizariam a compra de equipamentos, a contratação de pesquisadores e técnicos, como também o investimento na qualificação de pessoal interno.

A interação desses elementos passa a ser essencial na construção e consolidação de projetos em parceria, no interior de um campo, e "traduz-se por uma sucessão de negociações que envolvem aliados e opositores, em um campo nem sempre favorável" (Nunes & Teixeira, 1996: 211). O desenvolvimento dos projetos está assim associado a uma seqüência de negociações, que começa com a problematização e envolve os elementos dos diversos grupos, dando início a uma seqüência de operações de tradução, ao longo das quais os objetos e produtos se redefinem, até constituírem o produto final (Vinck, 1992).

Os campos onde se processam as elaborações e reelaborações de projetos, palco, portanto, das sucessivas negociações, reúnem atores heterogêneos, que vivenciam relações assimétricas. O avanço das negociações demanda um esforço importante de alguns atores que atuam no monitoramento dos projetos. É nessa perspectiva que se insere o ator-rede, que se diferencia dos demais pela sua condição de firmar posições em seu campo de relação/atuação, articulando aliados e desarticulando oponentes (Nunes & Teixeira, 1996).

A noção de ator-rede tem sido considerada importante no debate da sociologia da ciência, por abrigar uma gama de fenômenos que facilita a compreensão de espaços que se ampliam. Pela densidade das suas contribuições ao campo com o qual se relacionam e interagem; esses espaços estariam representados por um conjunto constituído de elementos heterogêneos, incorporando cientistas ou não cientistas envolvidos por uma determinada tarefa comum, denominada de concepção estendida de redes sociais (Vinck, 1992). O ator-rede desempenha um papel ativo na relação entre laboratório restrito e laboratório ampliado, emprestando sua densidade e mobilidade à dinâmica dessas relações.

Para Oliveira (1997: 26), "o conceito de ator-rede permite operar deslocamentos de simples análises locais para questões macro sociais ou econômicas, sem ter que fazer distinções a priori entre o que é cognitivo ou social, material ou imaterial, humano ou não humano, conteúdo ou contexto".

No interior da rede,

> o ator em si é uma rede, pela qual circulam uma ampla diversidade de elementos, visões de mundo e modos de conduta (...) a partir dos exercícios de mobilização e enredamento os atores constroem redes complexas de relações, marcadas pela heterogeneidade, as quais sustentam o processo de construção de tecnologias, que se estende para além dos limites físicos dos laboratórios restritos. (Teixeira, 1997: 10-11)

Conseqüentemente, a noção de laboratório extenso expressa essa rede complexa e extremamente heterogênea de atores humanos e não humanos, articulada e mobilizada por um ator-rede.

O debate reúne uma bibliografia extensa com múltiplas aplicações e retrata a capacidade de renovação da discussão da associação entre pessoas, projetos, idéias e instituições. Vale a pena ressaltar a importância dos elementos aqui apresentados como referentes que poderão facilitar a compreensão de fenômenos de aproximação entre pessoas e grupos, mediados por conexões entre projetos e instituições, em sucessivas operações de tradução que vão moldando estratégias de parceria peculiares a cada contexto e a cada grupo considerado, revelando atores, que atuam na dinâmica dessas operações.

Esse quadro de referência nos convida a procurar entender os contextos onde se desenvolveram as 'cenas' que permitiram a construção de uma ambiência na realidade brasileira, onde se incluiu o objeto dessa investigação. A efervescência gerada pelas dificuldades que se estabeleciam nos espaços de convivência da sociedade naquele momento parece ter se constituído em contraposição aos limites estabelecidos no plano formal das instituições, possibilitando o surgimento de "novos personagens", novos sujeitos sociais que entraram em cena (Sader, 1988).

Para melhor compreensão do contexto, consideramos exemplar o pensamento de Sader, que retrata a riqueza das oportunidades surgidas na adversidade do governo militar, quando seus opositores construíram um caminho pela política, cuja expressão, entre outras, foi a adesão de grupos dos serviços de saúde, instalados tanto nos serviços quanto nas universidades. Muitos deles tinham como leito a formação de recursos humanos como um ambiente de criação e aplicação de práticas políticas, tendo como imagem objetivo a necessidade de avançar na construção da saúde com democracia.

A obra de Sader sobre o tema abrange parte de um período coincidente com aquele estabelecido por esta investigação. Sua obra foi capaz de recons-

truir um movimento, cuja ação coletiva e organizada de trabalhadores permitiu o deslocamento da cena para o pólo da prática política, estabelecendo a vivência de um novo cotidiano, que se renovou no interior do sindicalismo, nas relações com a Igreja e na crítica à inércia da esquerda. Analisando a conjunção desses fatores, o autor concluiu que "a autonomia dos movimentos rompeu com a tradição política de tutela e de cooptação e por isso mesmo, permitiu a ação política criar novos lugares para exercitar-se" (Sader, 1988: 11).

Eder Sader (1988: 10) reviveu os movimentos sociais populares da região de São Paulo, "que puseram novos personagens na cena histórica brasileira, entre 70 e 80, criando condições para o exercício da democracia". Essa contribuição evidenciou o que Marilena Chauí denominou de "fio condutor desse trabalho", no prefácio do livro de Sader, traduzindo tais movimentos como lócus coletivo então privilegiado para a "criação de um novo sujeito social e histórico", assim caracterizado pela autora: novo, porque criado pelos próprios movimentos sociais populares do período, e não designados por teorias prévias; porque também se trata de um sujeito coletivo e descentralizado; porque é um sujeito que, embora coletivo, não se apresenta como portador da universalidade definida a partir de uma organização determinada que operaria como centro, vetor e telas das ações sociopolíticas e para a qual não haveria propriamente sujeitos, mas objetos ou engrenagens da máquina organizadora.

Nesse sentido, "o novo sujeito é social; são os próprios movimentos sociais populares, em cujo interior, indivíduos, até então dispersos e privatizados, passam a definir-se, a reconhecer-se mutuamente, a decidir e agir em conjunto e a redefinir-se a cada efeito resultante das decisões e atividades realizadas" (Sader, 1988: 11).

Sader justificou as suas conclusões pelo exame da crise da Igreja, que teve como conseqüência a reformulação de seu discurso, a crise das esquerdas configurada por derrotas anteriores e impasses internacionais com a matriz discursiva marxista e a crise do sindicalismo que, para ele, resultou numa renovação da "matriz discursiva do novo sindicalismo", vindo a ocupar um lugar institucional cuja eficácia foi decisiva para "alargar a percepção dos antagonismos que regem a sociedade de classes" (Sader, 1988: 11).

A noção de "sujeito coletivo" então é indicada "para representar uma coletividade onde se elabora uma identidade e onde se organizam práticas através das quais seus membros pretendem defender interesses e expressar suas vontades, constituindo-se nessas lutas" (idem). Dessa forma, o sentido do novo favoreceu o rompimento do silêncio dos grupos organizados, e se estruturou por sinais de resistência que foram se constituindo em "pequenas vitórias".

Esse era um momento de "desconfiança dos sujeitos com relação às instituições políticas e com os sistemas políticos de mediações", mas, em lugar de

apatia, ocorreu a valorização das diferenças entre os movimentos, e a busca por autonomia (Sader, 1988 12); os espaços políticos foram recriados com a revalorização do espaço público, no interior dos clubes de mães, das comissões de saúde, das oposições sindicais e os sujeitos dos movimentos passaram a falar em "conscientização", "reflexão crítica" e "socialização do saber", nos correspondentes espaços da Igreja, da esquerda e no sindicato, e os movimentos sociais passaram a operar como "fontes populares de informação, aprendizado e conhecimento políticos, que tendem a ser ampliados e redefinidos pela sua própria prática e dinâmica" (Sader, 1988: 13).

A opção pela contextualização aqui apresentada não pretende aprofundar sociologicamente as teses do autor sobre os movimentos sociais da época, mas trazê-las, para considerá-las relacionadas com as questões abordadas por este trabalho. *Quando Novos Personagens Entraram em Cena* (Sader, 1988) é uma obra em que se discutem as experiências e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo na década de 70 e que consideramos importante examinar, a fim de iluminarmos possíveis relações entre a concepção de "novos personagens" trazida pelo autor, e o contexto onde se desenvolveu o ensino da saúde pública/coletiva no período estudado. Como as equipes, os projetos e as instituições se relacionaram com um novo sujeito coletivo e com ele exercitaram formas de criação, cujos produtos como cursos, disciplinas, currículos e métodos merecem ser analisados.

3 Qualificar para o Trabalho e Contribuir para uma Nova Saúde Pública

a reorganização do ensino nas escolas de Saúde Pública

A discussão em torno da organização do sistema de saúde na década de 70, especialmente a partir da segunda metade, e a forma como este debate vai envolver a temática dos recursos humanos, a qualificação de sanitaristas e gestores do sistema de saúde constituem questões-chave neste capítulo. Interessa entender não só como recursos humanos se tornou um tema estratégico no contexto das propostas de institucionalização de um sistema de saúde considerado inovador, como também, a partir deste cenário, de que modo as instituições formadoras, com suas demandas e história, se conectaram e contribuíram para os rumos da Reforma Sanitária.

Este nos pareceu ser o desafio que acompanhou a trajetória do ensino da saúde pública nos anos considerados por este estudo, que se pautou pela ampliação das fronteiras do ensino para além dos mapas escolares, procurando estabelecer relações entre alguns cursos da categoria *lato sensu* com fatos contemporâneos das políticas de saúde e educação.

Período de 1970 a 1975

As reformas do governo e a reorganização da lógica universitária

Na segunda metade dos anos 60, o país viveu um forte controle do Estado sobre setores organizados da sociedade que, por sua vez, se manifestavam contrários à condução política, social e econômica do governo. O Estado foi ator de um conjunto de reformas administrativas que instauravam uma 'nova ordem' para os espaços públicos. Entre os resultados mais evidentes, percebemos o redesenho das bases políticas e jurídicas que passariam a compor o cotidiano do trabalho nas instituições públicas.

Na reforma implantada, ao final da década de 60, revelaram-se importantes as regulamentações do financiamento do setor público com um todo e das universidades em particular: o Decreto-lei n. 200, de 25/2/1967 (reforma administrativa) e a Lei n. 5.540, de 28/11/1968 (reforma universitária). A partir de sua publicação, estes decretos passaram a produzir demandas, que mereceram ser analisadas para capacitar os servidores e para orientar a reorganização universitária.

A reforma administrativa, regulamentada pelo Decreto-lei n. 200/67, tornou-se um instrumento importante de reorganização das práticas governamentais. Em seu texto, o planejamento, a coordenação, a descentralização, a delegação de competências e o controle foram definidos como princípios fundamentais, transformando-se em diretrizes de governo e passando a orientar as práticas administrativas das instituições públicas federais. E, por força de convênios, essas orientações se expandiram para outras instituições vinculadas a diferentes poderes.[11] No âmbito da saúde, esses princípios foram fundamentais para o estabelecimento de uma base de pensamento, que mais tarde tornou-se referência para a criação de um sistema nacional de saúde.[12]

A Lei n. 5.540/68, da reforma universitária, fixa as normas de organização e funcionamento do ensino superior. Em seu artigo 18, estabelece que, "além dos cursos correspondentes a profissões reguladas em lei, as Universidades e os estabelecimentos isolados poderão organizar outros, para atender às exigências de sua programação específica e fazer face às peculiaridades do mercado regional". Com essa determinação, estava aberta para as unidades universitárias a possibilidade de oferecer cursos preparatórios de mão-de-obra relacionada à sua especificidade e atendendo aos requerimentos do mercado de trabalho (Brasil, 1968).

No artigo 12, parágrafo 3º, a Lei estabelece que "o Departamento será a menor fração da estrutura universitária para todos os efeitos de organização administrativa, didático-científica e de distribuição de pessoal, e compreenderá disciplinas afins". No parágrafo 1º, a Lei determina ainda que a universida-

---

[11] O Decreto-lei n. 200, capítulo III, estabelece que a "descentralização está posta em três planos principais: a) dentro dos quadros da administração federal, distinguindo-se claramente o nível de direção do de execução; b) da administração federal para as unidades federadas, quando estejam devidamente aparelhadas e mediante convênio; c) da administração federal para a órbita privada, mediante contratos ou concessões, o que amplia a capacidade de disseminação de suas normas através de parceiros, que passam a se relacionar dentro de um sistema articulado" (Brasil, 1967).

[12] A Lei 6.229, de 17/7/1975, organiza o Sistema Nacional de Saúde e dispõe no seu artigo 1º que: "O complexo de serviços, do setor público e do privado, voltados para ações de interesse da saúde, constitui o Sistema Nacional de Saúde, organizado e disciplinado nos termos desta lei, abrangendo as atividades que visem a promoção e recuperação da saúde" (Oliveira & Fleury, 1986: 264).

de poderá "criar órgãos setoriais, com funções deliberativas e executivas, destinados a coordenar Unidades afins, para integração de suas atividades", abrindo caminho para a criação dos institutos que viriam a se conformar no interior das universidades com essa característica (Brasil, 1968).

A reforma universitária e a reforma do ensino médico, implantadas no final da década de 60, produziram efeitos nas décadas seguintes, influenciando a organização das escolas que estavam inseridas em ambientes universitários, e trazendo a necessidade de efetuar rearranjos na dinâmica das escolas médicas, no que se refere à "extinção das cátedras, criação dos departamentos e institutos, incentivo às atividades de extensão, tentativas de pesquisa mais adequadas à realidade brasileira e alterações no padrão interno de relações entre professores e alunos" (Marsiglia, 1995: 15).

Esse dispositivo legal foi traduzido em medidas consideradas modernizantes, uma das quais separava os alunos no ciclo básico em institutos. As disciplinas profissionalizantes passaram a ser oferecidas em períodos posteriores, mais ao final do curso, nas faculdades respectivas. Toda essa orientação refletiu também na organização curricular traduzida em disciplinas consideradas básicas, para o primeiro ciclo, seguidas das disciplinas profissionalizantes.

Em 1969, o governo aprovou a reforma do ensino médico com a recomendação de que fosse formulado um novo currículo mínimo para a medicina. Esta recomendação foi considerada avançada em relação ao anterior, uma vez que sugeria "uma adequação dos currículos e da função do profissional médico a uma prática redefinida por fatores de ordem política e econômica" (Peses, 1978: 6), o que abriria espaços para outras reformas que viriam a se relacionar com a formação em saúde pública, como a medicina comunitária, a integração docente-assistencial, dentre outras.

Vale ressaltar que essas mudanças encontravam correspondência no movimento de renovação das escolas médicas iniciado na década de 50, quando foram criados alguns departamentos de Medicina Preventiva, com propostas de modificar o ensino da higiene, de articular elementos preventivos à clínica, e de introduzir as disciplinas de estatística, ciências sociais, epidemiologia, medicina do trabalho e saúde pública, dentre outras medidas.

Revitalização das escolas de Saúde Pública

Para as escolas de Saúde Pública, as reformas aportaram desafios diferentes. O Decreto-lei n. 200/67 estabeleceu as regras administrativas que viriam a sugerir alterações nas atividades dos serviços públicos, produzindo demandas para a capacitação de técnicos na área da saúde. Já a reforma universitária incidiu sobre a lógica de realização da atividade docente, abriu

caminho para a criação dos institutos e alterou a organização departamental até então adotada.

Ambas as leis estavam incluídas entre os esforços despendidos pelo governo brasileiro para alcançar a 'modernização do aparelho estatal' que, nesse período, buscava fortalecer a idéia de um desenvolvimento social pelo caminho burocrático, com crescimento econômico e controle político, formulando um discurso de atenção às demandas da sociedade pela qualidade dos serviços de saúde e pela modernização da universidade.

A 'nova ordem', sugerida pelas reformas à vida das instituições, valorizava o processo de planejamento como parte da estratégia de planificação do social, que já estava em curso desde a reunião de ministros das Américas em Punta del Este, em 1961, e seus desdobramentos já atingiam parte da máquina burocrática brasileira.

O início da década de 70 foi, portanto, um momento de implantação dessas reformas, quando se tornaram concretas as necessidades de preparação de recursos humanos, requerendo das escolas uma reorganização de caráter pedagógico, que viesse a traduzir aquelas diretrizes em uma nova forma de gestão do setor público (reforma administrativa). De outro modo, foi também nesse momento que se viabilizaram as ações de implantação dos institutos de ciências e o processo de recriação dos departamentos no interior das universidades, exigindo respostas dos grupos universitários até então conformados numa outra organização departamental (reforma universitária).

Vale mencionar também, como elementos significativos, as iniciativas de descentralização de cursos da Ensp iniciada em 1975, o Programa de Estudos Econômicos e Sociais (Peses) e o Programa de Estudos Populacionais e de Pesquisas Epidemiológicas (Peppe), em 1976, a formação de sanitaristas para a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo em parceria com a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), a partir de 1977, e a implantação da residência em Medicina Preventiva e Social pela Ensp, iniciada em 1979. Os seus desdobramentos estão relacionados a inovações que passariam a compor os processos de formação em saúde pública dessas e de outras instituições, incorporando essas experiências em suas programações.

Mudanças nos cursos, nas escolas e o reconhecimento dos serviços quanto à necessidade de profissionalização da gestão da saúde

A Escola de Saúde Pública da Universidade de São Paulo tem sua origem no Laboratório de Higiene, criado em 1918, no âmbito do convênio de cooperação internacional firmado entre o estado de São Paulo e a Fundação Rockefeller. De início, tratou-se de uma cadeira oferecida à Faculdade de Medicina. Somente em 1925, quando passou a denominar-se Instituto de Higiene de São Paulo,

o laboratório ganhou autonomia em relação à Faculdade. Nesta década, o instituto, em conexão com os primeiros centros de saúde do país, iniciou a formação de pessoal de saúde pública, oferecendo também cursos para médicos e para profissionais situados fora do campo da saúde, como o curso de educadores sanitários para professores e professoras primárias. Em meados dos anos 40, o instituto passou a constituir uma unidade de ensino autônoma na Universidade de São Paulo, sob a denominação de Faculdade de Higiene e Saúde Pública. Somente no final dos anos 60, a Faculdade passaria a ter a denominação atual, Faculdade de Saúde Pública (Faria, 2002; Castro-Santos & Faria, 2003).

Já no Rio de Janeiro, a formação de saúde pública esteve muito ligada à Sociedade Brasileira de Higiene, fundada em 1923, e à figura de Carlos Chagas, seu primeiro presidente. Foi também Chagas o personagem central para a criação da Escola Anna Nery, considerada a primeira escola de Enfermagem de Saúde Pública do país. Somente em 1926, contudo, seria criado o Curso Especial de Higiene e Saúde Pública na cidade. Esta experiência, entretanto, teve como antecedente e matriz o curso de Medicina Pública, então concebido por Afrânio Peixoto, e vinculado à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Em 1925, o curso de Medicina Pública passaria a ser chamado Curso Especial de Higiene e Saúde Pública, cabendo ao Instituto Oswaldo Cruz (IOC) sua responsabilidade administrativa, técnica e didática. Carlos Chagas, então diretor do IOC, ficou responsável pela direção do curso que fora formalmente inaugurado no ano seguinte. Somente em 1940, o curso romperia totalmente os vínculos com a Faculdade de Medicina e seria definitivamente anexado à estrutura do IOC.

Estas experiências, ainda que frágeis institucionalmente, serviram de base de organização para uma proposta de criação de uma escola de formação de saúde pública em âmbito nacional, alimentada ao longo dos anos por lideranças do movimento sanitário. Suas propostas encontrariam amparo institucional e político no contexto da reorganização da saúde, durante o início dos anos 50. Nas palavras de Fonseca (2004: 41):

> as instituições que antecederam a Ensp e, portanto, já atuaram neste campo de formação profissional nas décadas anteriores, desempenharam papel relevante nos primeiros anos de constituição da Escola. Em torno deste projeto destinado a fortalecer a institucionalização do ensino especializado em saúde pública, envolveram-se experientes sanitaristas, comprometidos com a trajetória da saúde no Brasil.

No contexto da reformulação das bases institucionais da legislação de saúde no país, aprovada em setembro de 1954 (Lei n. 2.313/54), logo após o suicídio do presidente Getúlio Vargas, foi criada a Escola Nacional de Saúde Pública. A criação da Ensp, vinculada ao Ministério da Saúde em 1958, reuni-

ria, em um curso, profissionais oriundos dos mais variados serviços, das faculdades de Medicina: Nacional e de Ciências Médicas; da Escola Nacional de Engenharia, da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública, do Departamento Nacional de Endemias Rurais, entre outras (Fonseca, 2004; Castro Santos & Faria, 2006), tornando-se, assim, logo um curso moderno e afinado às necessidades de preparação de pessoal de saúde para os quadros funcionais federais, sobretudo para o recém-criado Ministério da Saúde, fruto da divisão do Ministério da Saúde e Educação (MES), realizada em 1953 (Fonseca, 2004).

Durante as décadas de 60 e 70, tanto a Ensp como a FSP/USP estariam submetidas a uma nova lógica de formação de sanitaristas, então definida pela característica que assumia legal e normativamente o setor público, calcada na figura do 'administrador de saúde', que deveria se inserir nos diversos níveis de assistência e implantar uma racionalidade estabelecida pelo controle, pela disciplina e pela eficiência, formulações que integravam o Decreto-lei n. 200/67.[13] Desde o final da década de 60, a Ensp vinha procurando aproximar o perfil desse profissional do serviço de saúde, como comentou Eduardo Costa, referindo-se às conquistas dos alunos do curso de Saúde Pública de 1968:

> *Nós estávamos querendo formar o sanitarista generalista. A gente queria o livro de [Mac] Marhon, mas a concepção do curso tinha como expectativa formar um diplomata da saúde; um cara que participaria bem de reuniões internacionais, mas que não teria capacidade de intervenção. Queríamos que o sanitarista fosse um dirigente. Para isso, os instrumentos deveriam ser políticos, mas técnicos, para intervir, diante dos problemas da população, através de conteúdos da epidemiologia.* (Eduardo Costa. Entrevista concedida em 9/4/1998)

Nesse mesmo período, na FSP/USP, além do perfil estabelecido pelas diretrizes governamentais da época, estava colocada a necessidade de mudança dos professores das ciências básicas para o Instituto de Ciências da Saúde, para que fossem atendidos os objetivos da reforma universitária, aprovada nos anos 60 e implantada na década de 70. Esta manobra deslocaria parte do conhecimento acumulado das pesquisas e das atividades de ensino da Escola para uma outra esfera da universidade, esvaziando a saúde pública dessas contribuições, o que teria repercutido nas formulações de programas. Desta forma, como considera Seixas:

[13] As atividades da administração federal e, especialmente, a execução dos planos e programas de governo serão objeto de permanente coordenação, mediante a atuação das chefias subordinadas e a instituição e funcionamento de comissões de coordenação em cada nível administrativo. Ver Decreto-lei 200, art. 1º, cap. II.

A reforma universitária, especialmente em São Paulo, cria os institutos e centraliza na cidade universitária. Tira isso [microbiologia, bacteriologia, parasitologia, virologia etc.] da Escola e passa para outro lugar. A Escola não vai atrás do instituto e fica com seus professores aqui. (José Carlos Seixas. Entrevista concedida em 7/4/1998)

A atitude de permanecer no espaço da FSP/USP, mais do que uma desobediência ao que se instituía como novo na estrutura universitária, colaborava para a manutenção de um modelo que tinha, como protagonistas, as disciplinas das ciências básicas no interior da formação em saúde pública. O fenômeno pode ser observado na expressão das disciplinas obrigatórias específicas do curso de Saúde Pública de 1970 dessa Faculdade, onde estavam presentes disciplinas como microbiologia, bacteriologia, e parasitologia, ao lado de outras, como venerealogia, leprologia e tisiologia, configurando uma tendência particular da formação e do perfil do sanitarista daquela escola, com forte influência do campo biológico.

De 1970 a 1975, essas disciplinas foram se associando aos outros conteúdos, como saneamento do meio (bacteriologia), laboratório de saúde pública, higiene, doenças infecciosas e parasitárias, endemias parasitárias, conformando associações que qualificaram o ensino, mas estabeleceram diferenças em relação ao modelo adotado pela Ensp, na formação desse profissional.

A Ensp, entre 1970 e 1975, aprofundou, através do curso de Saúde Pública, o modelo de formação do sanitarista como 'administrador do serviço de saúde', ampliando a ênfase no componente de administração. No curso de Saúde Pública de 1970, por exemplo, a disciplina de administração compunha a área 3, com o planejamento e as ciências sociais, em um total de 285 horas. Já no curso de Saúde Pública de 1975, integraram o segundo período as disciplinas de administração I, II e III e ciências sociais II, com 400 horas, o que representava 50% da carga horária total do curso, nessa unidade (Seca/Ensp, 1998).

A carga horária e a composição das disciplinas de administração e ciências sociais expressam a diferença entre o que era pretendido pelos alunos e professores da Ensp, em 1968, e a proposta de formação, pretendida pelo governo, cuja meta era viabilizar a racionalização da organização dos serviços de saúde. O novo programa, no entanto, preservava o conjunto das disciplinas que representavam o pensamento sanitário da programação: a ampliação da carga horária de administração ganhava justificativa na equipe docente pela possibilidade de aproximação do sanitarista com a comunidade, como revela o depoimento de Eduardo Costa:

Organizamos o curso de 71 tentando recuperar as primeiras visões; deixando de ser generalista e incorporando a visão de administração, ainda que, com menos conteúdo de sociologia, economia e ciências sociais. A concepção básica era formar administradores. E a gente se aproximava mais do serviço do que antes. (Eduardo Costa. Entrevista concedida em 9/4/1998)

Essa tendência de ampliação do pensamento administrativo nos cursos de Saúde Pública estava também acompanhada da oferta de cursos de Planejamento do Setor Saúde, oferecidos, em 1970, pelas duas escolas, e tornando-se programação regular na FSP/USP, onde se formou um núcleo docente que passou a se relacionar intensamente com a Secretaria de Saúde do Estado e com o Ministério da Saúde. Fruto dessa aproximação no plano federal realizou-se, ainda em 1973, um curso de Administração Hospitalar em Brasília, patrocinado pela Faculdade.

No âmbito estadual, essa articulação resultou na abertura de espaços internos para a construção de propostas de cursos denominados 'cursos curtos', que deveriam se diferenciar dos tradicionais, e que, segundo as pretensões da época, provocariam uma alteração da lógica de planejamento adotada até então, quando os tradicionais se realizavam a partir da referência universitária, com a condução departamental, conforme depoimento de um docente: "A primeira referência é o que existe formalmente na universidade. A partir disso a Faculdade discute internamente. Muitos cursos surgem por encomenda e procuramos adaptar às exigências da universidade com o tipo de demanda" (Rui Laurenti. Entrevista concedida em 7/4/1998).

A aproximação da Secretaria de Saúde com a Faculdade intensificou-se no período, e formalizou-se pelo convite do secretário Valter Leser a José Carlos Seixas, então um dos seus docentes, para compor o quadro diretivo na administração estadual. Seixas, ao retornar à Faculdade, procurou entender melhor a contribuição da Escola para as necessidades diagnosticadas por ele no exercício de sua função executiva, resultando em uma mobilização para propor alternativas concretas, sem sucesso naquele momento, assim descrita por ele:

Entrei para cá e era novinho e fui trabalhar no Projeto de Reforma da Secretaria com um homem muito lúcido chamado Leser, e que colocava a questão de recursos humanos como fundamental. Verificou que tinha uma repetição ad nauseam *e que deu num quadro de pessoal dedicado ao desenvolvimento de serviços que eram os sanitaristas.... Saí de lá e voltei e fiz tese, para discutir se o curso tradicional da Faculdade de Saúde Pública daria o recado. Fui o primeiro que elaborou para o Dr. [Rodolfo dos Santos] Mascarenhas o curso curto para essa Faculdade. Ele encaminhou o projeto e quase apanhou.* (José Carlos Seixas. Entrevista concedida em 7/4/1998)

Dentre outros aspectos, em sua tese de doutorado, Seixas (1972: 110) apontou para a necessidade de ampliação do corpo docente, pela busca ativa

de recursos financeiros externos, ressalvando a preservação de sua missão, e recomendou a formalização de

> um processo de planejamento na Escola, que pudesse oferecer aos seus centros de decisão, permanentemente e com graus de objetividade e segurança cada vez maiores, alternativas de programações gerais concernentes aos recursos disponíveis e à realidade social em que a Faculdade se situava.

Seixas recomendou ainda que se promovesse "uma pesquisa, ainda que exploratória, da demanda presumível de pessoal para seus cursos" (idem).

As recomendações da tese indicavam caminhos a serem percorridos pela Faculdade, o que levaria à construção de uma postura mais crítica em relação à sua forma tradicional de programação de cursos, passando a investigar outros sinais de demanda que viriam da realidade social, onde a Escola se situava. Entre as demandas, constavam os cursos de Planejamento, que já se constituíam em uma proposta de especialização mais verticalizada no campo do planejamento/administração da saúde.

Tomando como referência a organização curricular dos cursos de Planejamento de 1970, em ambas as escolas, observam-se diferenças que merecem ser analisadas. Na Ensp, o programa dá ênfase à noção de planejamento de saúde associada à visão de planejamento como processo integrado ao desenvolvimento. O curso da FSP/USP se volta para o domínio das técnicas de programação, a partir do conhecimento de elementos de administração, ciências sociais, contabilidade, economia e estatística. A noção de planejamento evidenciada nessas disciplinas é de planejamento local.

A Ensp, que vinha oferecendo o curso de Planejamento do Setor Saúde até 1971, interrompeu-o, então, entre 1972 e 1975, retomando em 1976, como uma etapa do curso de especialização em Saúde Pública complementar ao básico.[14]

Em que pese o caráter ilustrativo da análise aqui efetuada, para exemplificar a relação de alguns processos de ensino com as reformas de governo, a revisão documental e as entrevistas revelaram que alguns outros processos internos e externos influenciaram o cotidiano das escolas e dos cursos, produzindo um acúmulo de experiências que favoreceu, em última análise, o surgimento de inovações institucionais mais adiante.

Os gestores dos serviços, o sistema de saúde e a formação de recursos humanos

A insatisfação de alguns gestores dos serviços não se limitava às questões de recursos humanos. A necessidade de renovação do pensamento admi-

---

[14] A partir de 1976 foi implantada na Ensp uma inovação que previa a realização de um curso básico de Saúde Pública com terminalidade e uma continuidade nas áreas de Administração e Planejamento ou Epidemiologia (Seca/Ensp, 1998).

nistrativo, no início da década, já se expressava no nível estadual, a exemplo das secretarias de Saúde de São Paulo e de Minas Gerais, que tomaremos como referências importantes para a discussão. Ambas vivenciaram ciclos de renovação nesse período, com estratégias diferenciadas, como reação à insatisfação com o modelo de gestão instaurado no plano estadual.

No exercício da sua função, o secretário de Saúde de São Paulo, Valter Leser, passou a se relacionar com práticas administrativas que lhe chamaram a atenção quanto à legitimidade dos profissionais que eram responsáveis por atividades estratégicas para o estado, nas funções por ele consideradas típicas da saúde pública. Em seu ponto de vista:

> *Nessa primeira gestão, cheguei e encontrei uma pilha de nomeações para assinar. Todos médicos e nenhum sanitarista. O normal era entrar para o lugar da nomeação e depois sair para São Paulo. Baixei um ato que qualquer vaga só seria preenchida por sanitarista formado. Isso impedia a entrada de pára-quedistas e desagradou muita gente. Tinham muitos parentes 'bons e competentes' que gostavam de saúde pública e acabavam virando sanitaristas.* (Valter Leser. Entrevista concedida em 7/4/1998)

A inquietação do secretário também era grande com a dinâmica da administração. Ele queria pensar soluções para a Secretaria, mas se via envolvido com o atendimento cotidiano de muitas chefias. Segundo ele:

> *Cada especialização era um feudo; criança era um bicho, Serviço de Tisiologia, Oftalmologia.... havia vinte pessoas para despachar direto com o secretário. Percebi que se alguém quisesse fazer sozinho aquela reforma, estava liquidado.* (Valter Leser. Entrevista concedida em 7/4/1998)

Como perseguia o objetivo de modernizar a Secretaria de Saúde, Valter Leser associou-se a um projeto de reforma do Estado, sob o comando da Secretaria da Fazenda, conseguindo a adesão de técnicos especializados em modernização e dedicados à reforma. O resultado foi que:

> *O secretário da Fazenda mandou a Evelin [Naked de Castro] para a Secretaria de Saúde, que se meteu na obra com convicção. Conhecia administração; quando acabou o governo, ela foi para a Faculdade de Saúde Pública e fez carreira docente.* (Valter Leser. Entrevista concedida em 7/4/1998)

Nesse mesmo período, a Secretaria de Saúde de Minas Gerais procurava também um caminho de mudança e superação do modelo de administração vigente, elegendo frentes de trabalho que se debruçaram sobre a reorganização dos serviços de saúde do estado e algumas experiências de medicina comuni-

tária, entre as quais a de Montes Claros (MG), que se tornou referência pela sua capacidade de formular inovações, pelo projeto político que lhe referenciava e pela capacidade de articulação que o grupo condutor do projeto conseguiu imprimir (Santos, 1995).[15]

Como parte da estratégia adotada pelo nível central estadual, em 1972, a Secretaria de Minas Gerais realizou um diagnóstico detalhado e aprovou um modelo de atenção partindo da concepção da Teoria de Sistemas, com sete princípios assim definidos: coordenação interinstitucional, máxima cobertura, financiamento multilateral, hierarquização de serviços, relacionamento com o sistema informal, participação da comunidade e utilização da equipe de saúde com delegação de funções. Previa, ainda, uma estrutura hierarquizada em quatro níveis de ação: domiciliar, local, de área programática e de região, que forneceu subsídios para um estudo de descentralização que contou com a colaboração do Centro Regional de Montes Claros (Santos, 1995).

Vale destacar que as atividades realizadas pelo nível central da Secretaria de Saúde de Minas Gerais estavam articuladas à Reforma Neves, implantada em 1969 naquele estado, e "conciliava o tradicional dos chefes de departamento com a absorção da proposta de planejamento, através da Assessoria de Planejamento e Controle, fruto da ideologia de planejamento, já presente na administração pública do Estado" (Santos, 1995: 30).

Através do seu processo de implantação,

> foi possível introduzir algumas propostas da 3ª Conferência Nacional de Saúde que deveriam ser desenvolvidas através da Assessoria, como o planejamento e a implantação de sistemas regionalizados e hierarquizados de serviços de saúde, ainda chamados de distritos sanitários, com inspiração no modelo da Fundação Sesp. (Santos, 1995: 30)

O tratamento dado a essas experiências estaduais está longe de expressar o conjunto de experiências e insatisfações daquele momento, quanto à organização dos serviços públicos de saúde. Porém, estas experiências e descontentamentos são também exemplos marcantes que se constituíram em embriões de outras propostas. As propostas que surgiram, por sua vez, revelaram um potencial de mudança nas instituições e em algumas equipes técnicas, ao plantarem as bases para que esses e outros órgãos vivenciassem, com elementos novos, a conjuntura seguinte.

Também nesse período, no âmbito federal, começam a ser organizados alguns planos, com vistas a intervir na disponibilidade de recursos humanos

---

[15] Com referência aos grupos engajados nesse projeto, Santos (1995: 36) ressalta: "como tais grupos dispunham de poucos espaços institucionais para seus experimentos, encontraram na prática da implantação do Projeto Montes Claros o espaço próprio e adequado para desenvolvê-las".

para a saúde. Surgiu, fruto desse esforço, o Ppreps, em 1975, através de um acordo entre os ministérios da Saúde e da Educação e Cultura e a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas). Sua proposta central foi promover a adequação progressiva da formação de recursos humanos às necessidades do sistema de saúde, permitindo ainda uma cobertura máxima e integral, regionalizada e de assistência progressiva, de acordo com as necessidades das populações e as possibilidades das diferentes realidades regionais que o país apresentava (Teixeira, 1982).

A formulação apresentada pelo Ppreps já apontava para a sua possibilidade de interferência no modelo de assistência, ação que se tornou concreta através do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), também formulado pelo governo. O Ppreps também revelava o andamento e consolidação de um processo, relativamente bem-sucedido, de promoção de uma maior integração entre os órgãos federais e estaduais no tocante à formação de recursos humanos para a saúde. Sinal de que o tema recursos humanos tinha conquistado não apenas lideranças estaduais, mas também tinha sido alçado à agenda política do governo federal.

Os planos de carreiras e as reformas nos serviços

O campo de trabalho do sanitarista estava definido pelo modelo de assistência à saúde vigente, sendo circunscrito a órgãos federais, como a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (Fsesp), o Departamento Nacional de Saúde, o Instituto Nacional da Previdência Social, universidades, Serviço Nacional de Tuberculose, Ministério do Exército, Instituto de Previdência do Servidor (Ipase); secretarias estaduais de Saúde e prefeitura de São Paulo, servidores vinculados a serviços típicos da saúde pública, cujas políticas eram coordenadas pelo Ministério da Saúde. Os cursos de Saúde Pública eram então procurados por funcionários desses órgãos, localizados em diversos pontos do território nacional, conforme pode ser observado no Quadro 1.

Quadro 1 – Origem dos alunos dos cursos de Saúde Pública da Ensp/Fiocruz e da FSP/USP –1970

Escola	Origem dos alunos
Ensp/Fiocruz	Fsesp; Ipase; Serviço de Tuberculose; INPS; Ministério do Exército; Departamento Nacional de Saúde; Secretarias Estaduais de Saúde
FSP/USP	Secretarias Estaduais de Saúde; Órgãos Federais; Universidades; Opas; Prefeitura de São Paulo

Fonte: Secretarias acadêmicas da Ensp/Fiocruz e da FSP/USP (1998).

Na Ensp, a procura pelo curso de Saúde Pública passou de 48 inscritos, em 1970, para 144 em 1975 em cursos multiprofissionais. Já na FSP/USP este número passou de 230, em 1970 (médicos, engenheiros, enfermeiros, odontólogos, veterinários, administração hospitalar, educadores, nutricionistas, arquitetos, farmacêuticos bioquímicos e outros profissionais), para 278 inscritos em 1975 (médicos, engenheiros, odontólogos, enfermeiros, farmacêuticos bioquímicos, nutricionistas e outros profissionais), como pode ser visto na Tabela 1.

Tabela 1 – Número de alunos, inscritos para seleção e concluintes, dos cursos de Saúde Pública da Ensp/Fiocruz e da FSP/USP – 1970 e 1975

Escolas	Nº de alunos inscritos para seleção			Nº de alunos concluintes		
	1970	1975	%	1970	1975	%
Ensp/Fiocruz	48	144	200,0	23	65	182,6
FSP/USP	230	278	20,9	117	142	21,4
TOTAL	278	422	51,8	140	207	47,9

Fonte: Secretarias acadêmicas da Ensp/Fiocruz e da FSP/USP (1998).

O aumento significativo da procura ao curso de Saúde Pública da Ensp pode ser atribuído basicamente a dois fatores: o primeiro é o fato de os cursos serem multiprofissionais. O segundo fator é a articulação da Escola com outros órgãos de governo, onde se firmavam as carreiras que reconheciam o título de sanitarista, com atribuição de valor para a remuneração, como evidencia depoimento de Arlindo Fábio G. de Sousa: "vários setores faziam demandas específicas à Escola. Existia no FSesp um plus em salário, que os funcionários recebiam por especialização" (Entrevista concedida em 5/4/1998).

Tendo em vista a constituição da carreira de sanitarista, considerada nos quadros do aparelho de estado de saúde a partir de mecanismos de mérito e títulos, é importante salientar que o curso de Saúde Pública promovido pela Ensp logo se converteria em uma estratégia de ascensão na hierarquia profissional para muitos profissionais. Nas palavras de Eduardo Costa:

> *Tirando os militares, que eu não sei explicar, com os outros órgãos tinha muito o espírito de atender às necessidades de promoções das pessoas em suas carreiras respectivas. Como na área militar, as promoções eram baseadas nos títulos e os cursos eram instrumentos para isso. Estava se desenhando a carreira de sanitaristas.* (Eduardo Costa. Entrevista concedida em 9/4/1998)

Também em São Paulo, a tomada de consciência, pela Secretaria de Saúde do Estado, da necessidade de um profissional sanitarista influenciou a organização do mercado de trabalho. Mais do que realizar um diagnóstico, a Secretaria resolveu interferir no ciclo de formação x utilização. Ainda que se defrontasse com o número limitado das vagas no curso tradicional da Faculdade, em relação às suas necessidades, a Secretaria tomou a iniciativa de criar a carreira de médico-sanitarista, como ilustrou Valter Leser, então secretário de Saúde:

> *As vagas da Faculdade eram em número muito pequeno e absorviam candidatos de outros estados e outros países. Baixei um ato que qualquer vaga só seria preenchida por sanitarista. O fato é que terminou essa gestão e eu tinha um número pequeno de sanitaristas para prover aqueles cargos.* (Valter Leser. Entrevista concedida em 7/4/1998)

Vale a pena ressaltar que o secretário defendia a idéia de uma equipe multiprofissional, que deveria atuar em serviços, reivindicando que esses serviços também fizessem parte dessa formação, em uma lógica em que se concebia que o serviço teria, junto com a assistência, um papel formador. Tendo em vista este cenário:

> *Ele criou cargos, antes mesmo da disponibilização, no mercado, desses profissionais. E dentro de uma tese de que a matéria-prima existia: eram os médicos formados em grande número, para possibilitar que houvesse algumas vocações capazes para atuar nesse campo. A dificuldade de dispor desses profissionais era o mercado. Se houvesse emprego, surgiriam as pessoas, e as escolas que fazem isso.* (José Carlos Seixas. Entrevista concedida em 7/4/1998)

Segundo Leser, o projeto de um curso de Saúde Pública menos extenso e que suprisse as necessidades do mercado foi, em curto prazo, apresentado à FSP/USP pelo Dr. Mascarenhas nesse período. Não foi aprovado, expressando, segundo o secretário Leser, uma "visão romântica", presente na cultura universitária da época, que impedia os professores de enxergarem que o mercado mudaria a universidade. Essa mesma visão que, no passado, também tinha contaminado Seixas, como proponente de um projeto inovador na década de 70, que assim relatou a sua experiência anterior:

> *Em 61 fui a um seminário sobre reforma universitária. Uma professora de sociologia que participou disse que o seminário era utópico. A Maria Alice Foratti dizia que era o mercado que mudaria a universidade. Ela nos agrediu no nosso entusiasmo estudantil, mas ela tinha razão.* (José Carlos Seixas. Entrevista concedida em 7/4/1998)

Dessa forma, a carreira foi criada pela Secretaria, mas não pôde ser avaliada naquela oportunidade, porque não havia número suficiente de sanitaristas

no curso tradicional da FSP/USP para as demandas da época. De maneira que "essa primeira tentativa não deu certo. A primeira administração do Dr. Leser foi encerrada em 1971 e os cargos não foram suficientemente preenchidos" (José Carlos Seixas. Entrevista concedida em 7/4/1998).

Os elementos aqui apresentados sobre a relação dos cursos de Saúde Pública e de Planejamento do Setor Saúde com o mercado de trabalho são indicativos de que, naquele momento, a iniciativa da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo colocava em evidência um mercado de trabalho emergente para o sanitarista. Revelavam, assim, a necessidade de um profissional qualificado e com identidade própria no interior do sistema de saúde. Com a criação oficial da carreira, abria-se a possibilidade de atração de quadros novos, e de que outros estados adotassem a mesma posição, o que ampliaria significativamente a necessidade de formar recursos humanos, deixando claro que as estratégias até então adotadas não seriam suficientes.

As relações institucionais, as práticas docentes e a organização curricular

A realização das entrevistas, a análise dos dados sobre os cursos e a revisão de documentos de ambas as escolas permitiram ainda explorar outras especificidades da área de ensino que valem a pena ser destacadas, tendo em vista o fato de poderem ter influenciado as práticas docentes e a conformação de diferentes modelos no âmbito da formação em saúde coletiva. Estas especificidades se evidenciaram pelo lugar institucional ocupado pelas escolas, na priorização das linhas de formação, na organização dos currículos, na definição de clientelas e nas práticas pedagógicas desses mesmos cursos, que no interior das escolas se relacionavam com as conjunturas local e nacional.

A posição institucional das escolas no Ministério da Saúde ou na USP parece ter influenciado o desenho das programações e as condições de participação dos docentes em atividades voltadas para a formação dos profissionais dos serviços de saúde. Na USP, segundo Seixas, por exemplo, o professor

> *entrava, tinha tempo para fazer mestrado, doutorado e livre docência. Entre a entrada e a chegada no topo da carreira eram cinco concursos, depois reduzidos para quatro (....) A primeira referência para a organização de cursos e disciplinas é o que existe formalmente na universidade (...). A mudança em relação à formação para os serviços começou na segunda metade da década de 80 e se cristaliza em 1990, com o avanço do SUS. Antes, a Faculdade buscava se valorizar diante da universidade.* (José Carlos Seixas. Entrevista concedida em 7/4/1998)

A dificuldade de engajar os professores nas propostas de formação para os serviços expressa pelo entrevistado parece estar evidenciada na diversidade de disciplinas que compunham os cursos de Saúde Pública, diferenciando-se

como obrigatórias gerais e específicas. As primeiras cumpriam um papel de profissionalização do sanitarista, ao passo que as obrigatórias específicas apresentavam-se mais próximas das linhas de trabalho dos departamentos, ainda que, no conjunto, tenham agregado densidade e especificidade à formação do profissional dessa Escola.

A implantação da reforma universitária na USP colocava um dilema para os docentes da FSP/USP, que queriam manter uma relação mais próxima com as demandas sociais dessa área, intensificar a formação de recursos humanos para os serviços ou fortalecer o processo de legitimação da Escola no interior da universidade. A segunda alternativa requeria do professor uma postura de natureza acadêmica, com uma ampliação permanente de titulação, com vistas aos concursos para docentes e a suas promoções e à valorização de outros processos de reconhecimento acadêmico, cujos fatores não estavam ponderados pelos cursos de especialização.

Nesse mesmo período, a Ensp tinha uma regra de convivência estabelecida com o Ministério da Saúde, em que estava definido o seu papel de formadora de recursos humanos para outros órgãos de governo, fato que se refletia na definição de cursos e vagas, que eram influenciados também pelas conjunturas ou por definições de governo. Nas palavras de Eduardo Costa:

> *Tinha cursos para atender às necessidades de promoções de servidores. Tinha também cursos para enfrentar doenças como a tuberculose, como também saúde mental. Eram cursos que as demandas vinham diretamente dos serviços. Eram organizados para responder com um módulo comum geral, de ciências sociais, e depois os 'caras' dos serviços complementavam.* (Eduardo Costa. Entrevista concedida em 9/4/1998)

Os depoimentos revelaram uma relação importante entre o processo de programação de cursos e o cotidiano das escolas. Isto se expressava, por exemplo, em critérios de demandas estabelecidas por profissionais e instituições ligadas à prestação de serviços de saúde (clientelas), que atingiam tanto a Ensp quanto a FSP/USP. Se esta se encontrava mais submetida aos interesses do Ministério da Saúde; aquela, por sua vez, se via mais condicionada às demandas e ao papel que deveria ou pretendia cumprir frente à universidade. Isto é, a partir de aspirações externas, demandas locais eram geradas.

Vale ressaltar que a natureza do trabalho escolar, notadamente da pós-graduação, requer que se valorizem a formação de grupos e a definição de linhas de pesquisa, que, independente da exigência institucional, possam representar um caminho de aprofundamento dos temas que envolvem a problemática dos serviços, ou não. Essa dimensão diferencia as escolas dos centros de desenvolvimento de recursos humanos, bem como favorece a ampliação de

sua capacidade de intervenção e de formulação de políticas de saúde, sendo, portanto, um fator a ser ponderado em qualquer programação de disponibilidade docente.

Na Ensp, o movimento de formação dos servidores de outras instituições públicas passou a requerer uma resposta formal da Escola, o que também lhe garantiu uma clientela com experiência acumulada pela sua inserção nos serviços. Essa demanda também se configurou nos cursos tradicionais da FSP/USP, mas se estabeleceu como lateral. A relação entre os cursos e os alunos agregou, particularmente à Ensp, uma possibilidade de interferência no processo de transformação desses serviços, retornando, como reconhecimento do seu papel, com encaminhamento de novas solicitações e, ainda, mobilizando a estruturação acadêmica e política da Escola em torno das demandas e dos saberes que foram se instituindo a partir dessa lógica.

Um outro fator que mereceu destaque foi a organização curricular e a clientela dos cursos das duas escolas, refletindo, mais uma vez, duas tendências diferentes que iam se configurando no campo da saúde pública: a formação do sanitarista relacionada à sua profissão de origem e um outro modelo em que esse profissional se vinculava a uma nova prática profissional, com identidade própria.

A expressão dessas duas tendências apareceu relacionada aos cursos de Saúde Pública desde 1970. Na FSP/USP, estes cursos foram oferecidos com um bloco inicial de disciplinas classificadas como obrigatórias gerais, e um segundo grupo, de obrigatórias específicas, segmentadas por profissões com blocos de conteúdos específicos por categoria profissional, além das optativas.

Na Ensp, nesse período, os cursos foram multiprofissionais, reunindo alunos de todas as categorias profissionais num mesmo espaço de aprendizagem, durante todo o curso.

Foi possível observar que as duas formas de organização apresentaram também uma outra dimensão, que estava ligada à formação do sanitarista e à sua profissão de origem.

A primeira tendência, ligada à FSP/USP, estava representada pelo sanitarista, cuja formação reforçava a sua profissão de origem, aproximando-a da saúde pública através das disciplinas definidas para sua área profissional. A relação de cursos da Faculdade no período 1976-1981 – além do curso de especialização em Saúde Pública de nível local – apresentou cursos de especialização para medicina, engenharia, odontologia, farmácia, bioquímica, nutrição e arquitetura, seguindo a tendência de um curso para formação geral em saúde pública e outros cursos para os profissionais das categorias citadas.

A rigor, esse modelo foi instituído em 1970 na Faculdade, ainda sem o curso de especialização em Saúde Pública. Posteriormente sua programação se

organizou em mestrado e doutorado em Saúde Pública, retomado em 1976 até 1981, com a característica descrita, isto é, curso geral e cursos específicos por categorias profissionais.

Uma segunda tendência, representada pelo modelo da Ensp, apontava para caminho inverso, tendo em vista o fato de permitir a aglutinação de profissionais de diferentes áreas numa mesma experiência de aprendizagem, nos seus cursos de Saúde Pública multiprofissionais.

Na primeira tendência, o produto do trabalho do sanitarista se inseria como um complemento à relação do campo profissional respectivo, aperfeiçoando técnicas e práticas inerentes à sua formação original, sem a criação de uma identidade própria. Nesse caso, estabelecia-se um diálogo entre as duas formações, com a possibilidade do desenvolvimento de uma postura renovada daquele profissional no seu campo de origem, à luz das demandas da saúde pública e da sua nova habilitação profissional.

A segunda tendência pressupunha um processo de formação em que os profissionais de múltiplas origens se integrassem em todas as etapas, reconhecendo a formação original como atributo para o acompanhamento das noções a serem incorporadas, mas, principalmente, como fator de construção da interdisciplinaridade da saúde pública. Essa segunda tendência concebia a organização do trabalho do sanitarista com identidade própria e se referenciava nessa especificidade, para identificar as noções que deviam ser atraídas para esse novo campo.

A multiprofissionalidade pode ser entendida como um elemento facilitador da construção de abordagens interdisciplinares no campo da saúde coletiva e, por extensão desse processo, como uma base a ser considerada na estruturação de novas formas de organização do trabalho e de exercício profissional do sanitarista.

A partir de uma concepção organizativa do processo de trabalho, essa dualidade, expressa nas duas tendências, influenciou bastante o debate da formação durante um longo período. Essa discussão apareceu recorrente na literatura e, pelo seu grau de importância para a constituição do campo da saúde coletiva, merece aprofundamento quanto às múltiplas interfaces que ela envolve nos programas de formação.

Pela relevância do tema, a Abrasco publicou, em julho de 1983, um Informe sobre Multiprofissionalidade nas Residências em Medicina Preventiva e Social, construído por um grupo de trabalho constituído para esse fim específico. Suas conclusões contextualizaram essa discussão na fronteira entre serviço e ensino, relacionando-a com a noção de 'equipe de saúde', situando-a como *locus* "onde os profissionais se integram no contato singular, na atenção individual", prática que, para o grupo de trabalho, "só pode ocorrer de forma fragmentada" (Abrasco, 1984: 108).

Como forma de superação dessa noção, o documento reconhece a multiprofissionalidade "como alternativa organizacional dos serviços" que poderia contribuir para romper o "monopólio da prática" e para definir um "espaço de afirmação da saúde coletiva". No terreno da produção de conhecimento, o mesmo documento sugere que "a multiprofissionalidade deve buscar a produção do conhecimento que torne possível encarar o processo saúde-doença e as estratégias de intervenção enquanto totalidade" (Abrasco, 1984: 108).

Em uma outra vertente da organização curricular, foi possível observar que os cursos de Saúde Pública da Ensp apresentaram especificidades no tratamento da questão metodológica, cuja dinâmica o depoimento de Arlindo Fábio procurou recuperar:

> *O curso de Saúde Pública era o embrião cuidado. Esse era o nosso. Fazíamos experimentações, dávamos aulas por temas e não por disciplinas. Nele, a gente desenvolvia a metodologia de ataque e defesa, aproveitando as noções do vírus e do humano. A ligação era grande com o curso de Saúde Pública. Era o ovo da serpente.* (Arlindo Fábio G. de Sousa. Entrevista concedida em 5/4/1998)

A análise dos relatórios desses cursos da Ensp permitiu visualizar uma dinâmica importante da equipe docente com a questão metodológica, apesar de essa fase corresponder a um período de superação de uma crise vivenciada pela Escola, no final dos anos 60, e que resultou na demissão do diretor e na redução da equipe de 60 para 18 professores.

Apesar das dificuldades de ordem política vividas pela equipe, observou-se que o curso de Saúde Pública de 1970 adotou uma estratégia de preparação dos docentes através de um planejamento didático-pedagógico dinâmico. A organização das disciplinas se fez em torno de uma temática sanitária, iniciando-se com um seminário sobre Situação de Saúde que foi também tema de um documento básico. O curso se desenvolveu em quatro períodos, um dos quais dedicado à discussão de problemas enfocados pelas disciplinas. O último período correspondeu a um seminário sobre Políticas de Saúde.

Seguindo uma tendência que se implantava no interior do governo, no sentido de formar 'administradores de saúde', os coordenadores desse curso convidaram nove professores da Fundação Getulio Vargas para ministrar os temas de administração e planejamento, constituindo um embrião de parceria na formação de pessoal com outra instituição do Rio de Janeiro (Seca/Ensp, 1998).

O curso de 1975 alterou essa forma de organização, estruturando-se em disciplinas, mas manteve um conjunto de palestras sobre temas candentes da área, no interior da disciplina de Introdução à Saúde Pública. O curso manteve

a tradição de participação de professores externos, contando, na oportunidade com 18 convidados, sendo cada disciplina coordenada por um professor da Ensp (Seca/Ensp, 1998). Dessa forma, ainda que o processo de mudança institucional nas escolas não possa ser caracterizado linearmente, isto é, com desdobramentos gradualmente mais afinados às propostas mais progressistas do campo da educação, houve, contudo, um sensível viés de mudança que perpassou inúmeras experiências docentes ao longo da década de 60 e 70 naquelas instituições. Sob marchas e contramarchas, o processo de reorganização das bases do ensino da saúde pública se institucionalizava nas práticas da Ensp e na FSP/USP, mesmo quando o ritmo de mudança dos processos institucionais era percebido como lento, se comparado às intenções dos atores sociais.

Os primeiros passos da descentralização: o princípio da escola nacional

No quadro geral das transformações situadas no contexto da organização do sistema de saúde no país, mais detalhado no capítulo 1, a finalização desse período coincidiu com o início do Programa de Cursos Descentralizados implantado pela Ensp, em 1975, começando pelos estados do Pará e do Rio Grande do Sul.

Ainda que os seus desdobramentos sejam discutidos nas duas fases seguintes, vale a pena ressaltar que a sua criação se deu em um contexto sociopolítico favorável à modernização das instituições públicas, justamente quando a formação de recursos humanos ganhava relevância. No plano interno da Ensp, o surgimento do programa reuniu algumas justificativas que merecem ser consideradas.

Estava recém-criada a Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, à época dirigida por Jorge Ossanay que, segundo Eduardo Costa, teria ido à Ensp para discutir os cursos da Escola no extremo sul do país. Em suas palavras:

> *[Ossanay] queria dar validade a um curso de curta duração que seria realizado lá no Rio Grande do Sul. Discutimos como seria um curso básico de Saúde Pública que atendesse à Secretaria de Saúde daquele estado. Fizemos um seminário para discutir conteúdos, com as duas equipes, aqui na Escola. E fizemos uma discussão sobre por que a epidemiologia local não podia ser igual à outra.* (Eduardo Costa. Entrevista concedida em 9/4/1998).

Os depoimentos de alguns dos personagens do processo de implantação do programa revelam também certo debate que antecedeu a institucionalização dos cursos descentralizados realizados pelo pessoal da Ensp, que, ao lado de outras avaliações, acumularam dados que culminaram na necessidade de revisão da estratégia até então utilizada pela Escola para formar sanitaristas para os mais variados estados do país. Segundo Arlindo Fábio:

Fizemos levantamento. Tinha a Ensp, a USP, a Escola em Minas Gerais, de nível médio (flutuante), e no Paraná (mais flutuante ainda) outra escola de nível médio (...). Havíamos feito uma consultoria no norte do Brasil, com vistas à organização de um livro sobre febre amarela. Era o Rubens Brito. Fizemos contato com a Sudam [Superintendência de Desenvolvimento da Amazônia], também com Elisa [Sá], no Pará. Ela tomou a descentralização dos cursos como algo seu também. (Arlindo Fábio G. de Sousa. Entrevista concedida em 5/4/1998)

As razões para adotar uma proposta de descentralização dos seus cursos vinham sendo identificadas pela Ensp desde 1974. Naquele momento, já se detectava uma "maior necessidade de sanitaristas formados". Sabia-se também que "muitos alunos não voltavam ao seu estado de origem", o que provocava uma reação dos dirigentes de suas instituições. Uma outra razão é que "a grande maioria tinha dificuldade de converter os modelos nacionais quando retornava". Finalmente, havia também uma percepção de alguns professores de que esse era um projeto político, que poderia servir de canal de modificação das estruturas de serviço, com o qual alguns professores tinham identidade (Arlindo Fábio G. de Sousa. Entrevista concedida em 5/4/1998).

Seja como for, a opção pela descentralização possibilitou a mudança de um modelo de escola local que, ao absorver discentes e docentes de todo o país, se transformaria logo em uma escola nacional. Foi nesse momento, nas palavras de um de seus personagens, que "ela adquire a idéia de escola de formação de pensamento e dimensão ideológica" (Arlindo Fábio G. de Sousa. Entrevista concedida em 5/4/1998).

Já a dimensão desse projeto para a educação em saúde pública no Brasil será analisada nos próximos períodos.

Período de 1976 a 1980

Uma maior diversificação dos cursos em relação ao período anterior foi uma tônica do período 1976-1980 e ocorreu em ambas as escolas. As propostas de reforma surgidas no contexto do governo Geisel ganharam apoio de organizações internacionais e favoreceram o surgimento de um ambiente favorável a projetos inovadores a partir da segunda metade dos anos 1970 na área da saúde. Nessa fase, a percepção da necessidade de atualização de modelos, por alguns grupos, já vinha produzindo experiências esparsas nos espaços acadêmicos e de prestação de serviços de saúde, algumas das quais referidas no período anterior.

Como espaços que iam construindo protagonismo através de seus grupos de trabalho, as escolas criaram alternativas internas para renovar suas programações, expressas em propostas metodológicas inovadoras, mas que não

foram suficientes para imprimir as mudanças a curto prazo. Em uma conjuntura mais favorável, outros elementos se agregaram, tornando possível o engajamento das instituições que conseguiram formular propostas concretas, daí a importância da renovação permanente de proposições no interior das organizações.

Os novos programas de cursos oferecidos no Rio de Janeiro e em São Paulo e, principalmente, o avanço da descentralização dos cursos da Ensp alteraram marcadamente o panorama anterior quanto às alternativas para a qualificação de sanitaristas no país. Na Ensp, essas inovações foram representadas pela implantação do curso básico de Saúde Pública, associado às especializações em Planejamento e Epidemiologia, propostas que se implantaram entre 1975-1976. Em 1977, a Ensp inovou através do Treinamento Avançado em Serviço (TAS), com um modelo identificado com a residência, mas que se extinguiu em 1980, após o surgimento da residência em Medicina Preventiva e Social, em 1979.

Nesse período, o Programa de Cursos Descentralizados teve uma expansão significativa, passando de dois cursos, em 1975, para quatro em 1976, incorporando os estados do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Pernambuco e Bahia, perfazendo um total de 15 cursos, em 1980.

É possível observar, pelos depoimentos, que algumas inovações na Ensp e na FSP/USP foram frutos de propostas negociadas interna e externamente no período anterior e, nesta fase, concretizadas como programação regular das escolas.

Com relação aos cursos da Ensp, algumas propostas metodológicas começaram a ser desenvolvidas como parte de uma negociação entre professores e direção, por ocasião de um movimento de paralisação dos docentes, que visava a criar as condições para a recuperação do direito de oferecer a pós-graduação *stricto sensu*, revogado pela Escola em 1971.[16] As características da negociação interna foram assim relatadas por Eduardo Costa, um dos professores que comandou a formulação da proposta:

> *O Ernani Braga veio para a Escola, e a gente resolveu repensar as coisas. Mas ele não durou; foi para a Secretaria de Saúde. A gente ganhava mal e não dava para declarar greve naquele contexto, mas conseguimos armar uma confusão, e parar os cursos no primeiro semestre de 1974. O Oswaldo Costa [diretor da Escola] tinha seus contatos lá, e daí saíram um princípio de carreira com Almeida Machado e a aprovação de várias propostas de reformulação do ensino. Eu tinha bolado retomar um mestrado progressivo, implantar a residência em*

---

[16] O ministro da Saúde, Dr. Rocha Lagoa, assinou Portaria Ministerial n. GB-145, de 20/4/72, com a decisão de excluir, do elenco dos cursos a serem ministrados pelo IPCB, os de pós-graduação. Essa decisão alterava o art.1° do Regulamento de Ensino do Instituto, aprovado pela Portaria n. 374 de 31/12/ 1970.

Saúde Pública, que começaria no início do ano; o curso de Saúde Pública começaria no meio do ano. Haveria um segundo período de cinco meses para quem fosse fazer o mestrado. Eram múltiplas entradas e múltiplas saídas. Em dois anos fariam as duas coisas. Daí saiu a divisão dos cursos, em básico e especialização (Eduardo Costa. Entrevista concedida em 9/4/1998).

A proposta de divisão do curso de Saúde Pública em curso básico e especializações de Planejamento e Epidemiologia surgiu na Ensp nesse período. Ao longo da década de 80, essa divisão configurou-se com mais nitidez, dando origem a subáreas de profissionalização dos sanitaristas como áreas importantes de qualificação para o serviço de saúde. A experiência se diversificou em outras modalidades de cursos, mas manteve uma concepção que persistiu nesta Escola, durante todo o período, uma formação inicial para o sanitarista de caráter mais abrangente, nucleada[17] ou seguida de especializações, conformadas em subáreas de conhecimento, e que representavam formas de expressão do trabalho em saúde pública nos serviços de saúde.

Vale ressaltar que a proposta de coexistência do curso básico seguido de especializações na Ensp persistiu até 1979, com os títulos de Curso Básico e Curso de Especialização em Saúde Pública, sendo o básico um curso de formação de "generalistas"[18] e a especialização abrigando as áreas de conhecimento referidas. Em 1980, o curso de formação geral passou a ser denominado Curso de Especialização em Saúde Pública e as especializações se mantiveram como cursos de preparação para suas áreas correspondentes, com títulos definidos. Os cursos básicos que vigoraram entre 1975 e 1979 foram considerados cursos de aperfeiçoamento, ainda que suas cargas horárias fossem típicas de especializações, pela legislação em vigor.

Ainda como parte do bloco de inovações, construído a partir do conflito anterior instalado entre os professores e a instituição, foi implantado, em 1977, o Treinamento Avançado em Serviço (TAS).[19] Durou apenas dois anos, sendo sucedido pela residência em Medicina Preventiva e Social implantada em 1979,

---

[17] A expressão 'nucleada', nesse caso, significa a existência da especialização, que não tem como pré-requisito o curso de formação mais geral.

[18] A expressão "generalista" tem sido muito utilizada por referência à formação do sanitarista que não adota *a priori* uma especialização por área temática, ou de representação do processo de trabalho.

[19] Segundo a perspectiva de Paulo Buss, "o Treinamento Avançado em Serviço procurou produzir inovações pedagógicas na formação de profissionais de saúde, pondo em pauta uma formação profissional a partir das necessidades vistas na prática dos serviços. Era uma concepção considerada nova, diferente do básico. Esta modalidade de formação serviu como embrião da residência médica porque buscou privilegiar a experiência e a problematização da atenção à saúde em seu próprio *locus*" (Paulo Buss. Entrevista concedida em 28/3/98).

apoiada pelo Inamps, como uma alternativa para os recém-formados. Todos os programas referidos tiveram clientela multiprofissional.

A FSP/USP permaneceu até 1975 com a oferta de cursos de Saúde Pública no modelo tradicional. Em 1976, o secretário de Saúde, Valter Leser, retomou os entendimentos com essa instituição universitária, com vistas à realização de um curso de curta duração para a formação de sanitaristas da carreira do estado, reunindo alguns elementos novos, em relação ao encaminhamento frustrado do período anterior. Em suas palavras:

> *Na minha segunda gestão eu tive a sorte de ter como Ministro da Saúde o Paulo de Almeida Machado, que veio falar comigo para discutir esses assuntos. Discutimos que o jeito seria criar uma carreira atraente e aumentar o número de vagas, e também, deveria conseguir que a Faculdade atraísse médicos gerais como alunos. Pensei que poderiam vir da Pediatria. Daríamos uma bolsa. Acertamos que o Ministério pagaria os cursos, e que faríamos cursos curtos, de modo a permitir a realização de duas turmas por ano, e que dez vagas seriam dadas ao Ministério. Abriram-se as inscrições e foi fantástico. Era preciso fazer 'vestibular'. Depois do curso, entraram para a carreira e foram chefiar os Centros de Saúde, com salários atraentes.* (Valter Leser. Entrevista concedida em 7/4/1998)

É possível, nesse depoimento, observar alguns fatores de indução que teriam facilitado a procura pela carreira. São eles: a existência de bolsas, estabilidade e prestígio, condições associadas à carreira, que também incorporava dirigentes públicos de saúde. Esse mercado de trabalho em ascensão se expressava pelas normas anunciadas pelo secretário de Saúde de São Paulo, que incluíam a valorização da competência, as promoções por concurso e o reconhecimento da estrutura de poder da Secretaria em relação ao trabalho requerido desses profissionais.

Vale a pena ressaltar alguns pontos da negociação entre a Secretaria de Saúde daquele estado, o Ministério da Saúde e a FSP/USP que resultaram na formulação do programa de curso de Saúde Pública, diferente do tradicional oferecido por aquela Escola, assim relatados:

> *Quando propus o curso de seis meses, eles não queriam. Achavam que não sairia direito. Eu e o Paulo de Almeida Machado fomos juntos e dissemos: 'não precisamos de um sabichão; eles vão aprender vivendo'. A Faculdade aceitou dar o título para nível local, e o Departamento de Pessoal da Secretaria de Saúde aceitou, dentro da carreira.* (Valter Leser. Entrevista concedida em 7/4/1998)

A observação contida na argumentação de Valter Leser, para aprovar os cursos mais curtos, não encerrava somente a expectativa de preencher as vagas da carreira de sanitaristas a curto prazo, mas continha uma visão de

continuidade do processo de capacitação que se faria ao longo da vida profissional desses agentes. Pressupunha uma carreira dinâmica, em um campo emergente, onde os desafios do cotidiano e a atualização da produção de conhecimento demandariam esforços complementares, que poderiam se constituir em futuros projetos de desenvolvimento dos alunos. Suas observações desse processo, como se pode ver a seguir, incorporaram também outros valores que compunham uma política de recursos humanos que se frustrou com a interrupção da carreira:

> *Os políticos se queixavam ao governador Abreu Sodré e ele dizia: o Leser é um chato, ele não faz nem o que eu peço! Mas eu criei um clima de confiança e todos sabiam que não seriam preteridos. A entrada desses profissionais na Secretaria deu uma virada. Mas não foram suficientes. Chefias e outros cargos exigiam formação melhor, onde eles pudessem trabalhar os resultados. Mas em outras administrações vieram pessoas que não gostavam da esquerda. Paulo Maluf acabou liquidando a carreira.* (Valter Leser. Entrevista concedida em 7/4/1998)

A programação dos cursos de Saúde Pública para nível local/área permaneceu na FSP/USP entre 1976 e 1982, com duas turmas a cada ano, em um total de 13 turmas. Durante todo esse período, manteve-se em paralelo o curso de Saúde Pública, nos moldes tradicionais da Faculdade, com um módulo comum inicial, seguido de disciplinas específicas por categoria profissional que conviviam com cursos específicos para as diferentes formações profissionais, conforme relatado.

Observa-se também, nessa época, uma regularidade na programação de cursos de planejamento nas duas escolas, mantendo-se na FSP/USP o curso de Planejamento do Setor Saúde, que chegou à sua 13ª edição, em 1980.

A partir do depoimento de Leser, é possível imaginar que o curso de Planejamento do Setor Saúde da FSP/USP, oferecido regularmente, deveria estar cumprindo um papel de retaguarda à formação avançada, requerida pelos sanitaristas dirigentes da carreira da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Embora tal vinculação não tenha sido referida, a freqüência pode indicar que essa poderia ter sido uma das justificativas para a regularidade com que foi oferecido.

A área da epidemiologia, na Ensp, estava associada à estatística, com um curso avançado em 1976. Desenvolveu-se uma linha de treinamentos na área de endemias durante o período e integrou-se uma das áreas de concentração do TAS em 1977 (TAS-II). Em 1980, finalmente, a Ensp ofereceu um curso de especialização em Epidemiologia.

Também em 1980, a Ensp participou, em Washington, da Reunião do Programa Ampliado de Imunização (PAI)] para as Escolas de Saúde Pública, pro-

movido pela Opas, em colaboração com a Área de Ações Básicas do Ministério da Saúde. A Ensp se engajava à experiência de treinamento na área de imunizações para os profissionais dos serviços de saúde, englobando as seguintes doenças: sarampo, coqueluche, poliomielite, tuberculose, tétano e difteria. A base de multiplicação desse trabalho no país, pela Ensp, foi justamente pelo Programa de Cursos de Saúde Pública Descentralizados (Brasil, 1981).

Já a FSP/USP manteve, no mesmo período, o curso de cspecialização em Epidemiologia Entomológica, dando prosseguimento a uma linha de oferta de cursos mais vinculadas à organização universitária, em que a entomologia era uma linha tradicional e bastante estruturada. Nesse contexto, suas equipes docentes não fizeram a integração com o Ministério da Saúde, via programas de imunização, como ocorreu no caso da Ensp. Vale ressaltar que a epidemia de meningite dos anos 60 foi muito significativa para a estruturação do pensamento da imunização em São Paulo, mas ela não conseguiu mobilizar a FSP/USP na década seguinte para a mudança da grade de seus cursos nessa direção, como ocorreria na Ensp com o Programa Ampliado de Imunização, decorrente daquela reunião de Washington.

A residência em Medicina Preventiva e Social foi a última das novas modalidades de cursos regulares instalada nesse período na Ensp. Suas atividades foram iniciadas em 1979, associando essa primeira turma com a última do TAS. A iniciativa teve o apoio do Inamps, que assinou convênio com a Fiocruz, concedendo bolsas de estudo, cedendo profissionais do seu quadro e disponibilizando unidades a ele vinculadas como os Postos de Assistência Médica (PAM), ambulatórios e hospitais, para a formação do residente. A disponibilidade ajustada nos termos do convênio fazia parte de uma estratégia de apoio do Inamps a essa formação, assim relatada por Paulo Buss:

> *Na segunda metade da década de 70, o Inamps contou com uma Diretoria que resolveu inovar, criando dez programas de residência entre os melhores Departamentos de Medicina Preventiva. Eram o Nildo Aguiar, na Diretoria de Administração, e Milton Machado, na Coordenação das Residências do Inamps. O programa era dirigido a médicos, tinha bolsa de estudos. Era uma opção importante para os médicos.* (Paulo Buss. Entrevista concedida em 28/3/1998)

Esta conjuntura não apenas sinalizava para a existência de ventos de mudança em instituições como o Inamps – que o colocou mais afinado ao ideário proveniente do chamado movimento sanitarista – mas também sinalizava que as propostas em torno da aproximação entre ensino e serviço ganhavam o reforço de vozes fundamentais dentro do aparelho estatal de saúde. Os ventos de mudança ganhavam mais força.

Mudanças no sistema de saúde aproximam os serviços e as universidades

Também no âmbito dos serviços de saúde, a multiplicidade de iniciativas foi uma tônica do período que se iniciou após a constituição formal do Sistema Nacional de Saúde (Lei n. 6.229/1975). Na etapa que se sucedeu à sua aprovação, surgiram aportes e contribuições dirigidas à constituição de um novo modelo de assistência, envolvendo equipes ligadas à prestação de serviços, como também grupos universitários que, através de suas funções de ensino, pesquisa e cooperação, aproximaram-se desse movimento de reforma do setor.

Na busca por alternativas para a atualização de seus modelos de assistência, o governo brasileiro escolheu os programas de assistência comunitária, com o apoio da Opas, tendo a extensão de cobertura como eixo condutor de inúmeras experiências. A partir dessa opção, estimulou alternativas junto aos serviços e às universidades, que por esse caminho renovaram suas propostas de ensino e de prestação de serviços.

Nesse momento fazia-se necessário traduzir as diretrizes do II PND em alternativas viáveis no interior do governo. Essa tarefa foi facilitada pela qualificação dos técnicos treinados desde a década anterior para a área de planejamento, possibilitando o surgimento de "ilhas de racionalidade, como elemento significativo para a luta político-ideológica no âmbito institucional" (Paim, 1986: 82).

Esse processo viabilizou alguns projetos de intervenção voltados para o sistema de saúde, considerados os limites estabelecidos pelo próprio modelo vigente, em que as ações de assistência médica estavam sob a coordenação do Ministério da Previdência e Assistência Social, permanecendo, com o Ministério da Saúde, as históricas ações típicas da saúde pública.

O maior volume de recursos e a maior importância política estavam acumulados no Ministério da Previdência, mas foi através das ações do Ministério da Saúde que se apresentaram as maiores possibilidades de intervenção sobre o setor, dada a opção do governo brasileiro pelos programas de Extensão de Cobertura, que, no Brasil, se caracterizaram pelo:

> privilegiamento da atenção primária, a ênfase nas patologias que afetam o maior número de pessoas, a ênfase na formação e utilização de pessoal de nível médio e elementar, as equipes multiprofissionais, a integração ensino-serviço, a utilização de tecnologias apropriadas e a participação comunitária. (Teixeira, 1982: 52)

Como estratégia de construção de viabilidade dos projetos, como já mencionado, o Ministério da Saúde atribuiu importância à formação de recursos humanos e criou o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (Ppreps). Estabeleceu, através dele, uma linha de atuação junto às secre-

tarias estaduais de Saúde, pela via da assistência, e escolheu os departamentos de Medicina Preventiva como parceiros, apoiando experiências de integração docente-assistencial, que já vinham se realizando nas faculdades de Medicina, e que buscavam testar novos modelos de formação do médico no interior do movimento preventivista.

Através do Ppreps, foram definidas algumas ações governamentais dirigidas à formação dos recursos humanos para a saúde, associadas aos PECs, em que se previam atividades que envolviam tanto os pólos de serviços, através das secretarias estaduais de Saúde, como as universidades, nas ações de integração docente-assistenciais. Entre os seus objetivos destacavam-se "o apoio ao estabelecimento de sistemas de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, em cada estado da federação, integrado ao sistema de planejamento setorial respectivo" (Teixeira, 1982: 65), o que favoreceu a realização de um esforço dirigido aos estados para conhecer as necessidades de recursos humanos no plano estadual, incluindo aquelas de capacitação, entre os quais os sanitaristas.

Na vertente universitária, um outro objetivo do Ppreps estabelecia ainda "o apoio à constituição, implementação e funcionamento de 10 regiões docente assistenciais, para uma cobertura final de 15 a 20 milhões de habitantes" (Teixeira, 1982: 65), com atividades tipicamente vinculadas aos departamentos de Medicina Preventiva.

Vale ressaltar que, no Brasil, a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto foi a precursora da experiência preventivista, que nasceu de uma proposta elaborada pelas escolas médicas americanas, nos anos 50, e que se difundiu para a América Latina através dos seminários de Tehuacan e Viña del Mar, ambos organizados pela Opas. A proposta, na perspectiva de Marsiglia (1995: 25), tinha "como finalidade a orientação dos alunos em programas médico-sociais de higiene e prevenção" e que procurou "preencher, de forma mais atualizada, os espaços curriculares, que a antiga disciplina de higiene ocupara entre as décadas de 20 e 40".

A experiência iniciada em Ribeirão Preto posteriormente foi difundida para outras Faculdades de Medicina do país, como a Universidade Federal de Minas Gerais, a Universidade Federal da Bahia, a Escola Paulista de Medicina, a Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e a Faculdade de Medicina da USP (Paim, 1986).

O conjunto de atividades desenvolvido por essas instituições girou em torno de medidas de prevenção, buscando sempre a organização de ações integradas de prevenção e cura, consideradas fundamentais no arranjo de atividades, tanto de assistência e atenção à saúde, como de ensino de saúde pública 'extra-muros', isto é, para além da unidade hospitalar de ensino, nas quais se

envolviam estudantes e docentes de medicina preventiva. Nesse contexto se criaram os chamados *campi* avançados de treinamento, programas de assistência domiciliar e familiar (Marsiglia, 1995).

No momento de implantação do Ppreps, já se esboçavam algumas críticas ao movimento preventivista, mesmo com o reconhecimento de que as experiências de integração docente-assistencial favoreceram a aproximação da formação do médico com a realidade social que permeava a prestação de serviços, abrindo espaços para o desenvolvimento de investigações e de atividades de ensino que tomavam a prática da prestação de serviços como uma referência.

Vale ressaltar ainda que, em sua vertente ideológica, o movimento reformador buscava reorientar a prática médica a partir de uma nova atitude, de caráter integral, preventivo e social e como prática discursiva rompia com a higiene, "afirmando-se como disciplina independente, operando a reorganização do conhecimento médico, e tentando a delimitação com a Saúde Pública e a Medicina Social" (Paim, 1986: 32).

A operacionalização e, posteriormente, as críticas das pautas previstas pelo movimento preventivista favoreceram a produção científica no campo da saúde coletiva, desenvolvida desde o final da década de 60. Seus trabalhos começaram a apresentar resultados que facilitaram a aproximação com as propostas de medicina comunitária e que mais tarde viriam a ser adotadas como estratégia de governo. No limite da revisão do modelo da assistência pública, o Ministério da Saúde incorporou a estratégia dos programas de Extensão de Cobertura, do qual o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass) se tornou o carro-chefe (Abrasco, 1983).

Como partes do esforço empreendido para a expansão da cobertura de serviços, alguns representantes de países se reuniram em Alma Ata, na antiga União Soviética, de 6 a 12 de setembro de 1978, para a realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Durante o evento, foram aprovadas 22 resoluções, entre as quais a recomendação de que a Opas e a Unicef continuassem a apoiar estratégias e planos nacionais de cuidados com essa finalidade, como parte do desenvolvimento global, que no Brasil resultou no reforço às experiências inovadoras que estavam em plena efervescência (OMS/Unicef, 1979).

Suas recomendações, aprovadas na Assembléia Mundial de Saúde de 1979, acatadas nessa ocasião pelo governo brasileiro, fizeram referência ao relacionamento entre a saúde e o desenvolvimento. O relatório final previa o estímulo à participação comunitária, às administrações nacionais, à relação com outros setores afins. Fez também recomendações quanto ao teor dos cuidados primários de saúde, ao nível local, aos sistemas nacionais, aos grupos vulneráveis e de alto risco. Sugeriu funções e categorias dos recursos humanos em

saúde e nos setores correlatos, recomendando a necessidade de destinar incentivos a áreas remotas e negligenciadas, às tecnologias apropriadas, ao apoio logístico, medicamentos essenciais, administração e monitoria, pesquisas e estudos, recursos, compromissos e estratégias nacionais e apoio internacional (OMS/Unicef, 1979).

Essas idéias foram associadas aos resultados das experiências em andamento, dos programas de Extensão de Cobertura, alimentando o debate que deu origem à programação da 7ª Conferência Nacional de Saúde e, posteriormente, às formulações do Prevsaúde, com todos os seus desdobramentos de marchas e contramarchas no interior do governo.

Realizada em Brasília, em março de 1980, tendo como tema central "A extensão das ações de saúde através dos serviços básicos de saúde", a 7ª Conferência Nacional de Saúde representou todo um esforço de integração entre setores do governo ligados à saúde, como os ministérios da Educação, do Trabalho e do Interior, assim como representantes das secretarias estaduais de Saúde de São Paulo, Alagoas, Bahia e Pará (Brasil, 1980). A FSP/USP, na memória de um de seus representantes, "participou da 7ª Conferência, com um ou dois representantes, mas estimulando a participação de outros docentes, inclusive providenciando ajudas. Também discussões internas foram incentivadas e elas ocorreram nas duas conferências" (Rui Laurenti. Entrevista concedida em 7/4/1998).

Os temas dos painéis da conferência aportaram discussões consideradas estratégicas para a reafirmação da importância dos serviços básicos de saúde e foram recortados pelas temáticas que faziam parte das experiências, até então desenvolvidas pelo Ministério da Saúde e secretarias estaduais de Saúde, através dos programas de Extensão de Cobertura. Nesse sentido, foram priorizados os temas: regionalização e organização de serviços de saúde nas unidades federadas; saneamento e habitação nos serviços básicos de saúde – o Planasa e o saneamento simplificado; desenvolvimento de recursos humanos para os serviços básicos; supervisão e educação continuada para os serviços básicos de saúde; responsabilidades e articulação interinstitucional (níveis federal, estadual e municipal).

Também foram debatidos temas como: o desenho de programas e estratégias relativas à organização dos serviços, à participação comunitária e à articulação dos serviços básicos com outras instâncias mais complexas do sistema de saúde (Brasil, 1980). O aprofundamento das discussões travadas na conferência, pelos técnicos que foram autorizados a participar,[20] compôs um

[20] A 7ª Conferência teve 402 participantes, e sua comissão organizadora previu apenas a inclusão de profissionais indicados pelas instituições convidadas pelo Ministério da Saúde.

conjunto de idéias que embasaram a formulação do Prevsaúde, programa discutido no interior do governo, que não chegou a obter a adesão necessária à sua aprovação. Na perspectiva de Rodriguez Neto (1977: 67):

> A partir da primeira versão do projeto (julho de 1980), que iria se chamar, originalmente, Pró-Saúde e que, posteriormente, por imposição do Ministério da Previdência, passou a ser o Prevsaúde, o processo ocorrido foi quase surrealista. Nenhuma das versões elaboradas chegou a ser assumida oficialmente. As versões eram 'vazadas', havia debates públicos sobre as mesmas, eram negadas para, depois, aparecerem modificadas e seguirem o mesmo processo, até o começo de 1981, quando se extinguiu como projeto.

Em 1982, o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária, criado em 2 de setembro de 1981, propõe o Plano do Conasp – Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, que, após aprovado, torna-se política institucional oficial, pela Portaria n. 3.062, de 23 de agosto de 1982 (Cordeiro, 1991).

A aproximação da saúde pública com a medicina social

Na segunda metade da década de 70, se processou uma reorientação de governo quanto aos recursos financeiros dirigidos às instituições de Ciência e Tecnologia, resultando no apoio da Financiadora de Estudos e Projetos (Finep), à Fundação Oswaldo Cruz, através da Ensp. A parceria tornava viáveis o Peses e o Peppe.

Esta conjuntura se aliava à disposição latente entre alguns professores da Ensp, no sentido de desenvolver atividades que fossem além dos cursos ministrados para preparar sanitaristas. O depoimento de Eduardo Costa expressa esta pretensão, além de informar sobre uma forma de conceber a pesquisa, que se identificava com o próprio modelo de ensino da Ensp na época, e que se vinculava às questões da prestação de serviços de saúde:

> *Logo no início do governo Geisel a gente queria desenvolver o ramo da pesquisa. Eu achava que a pesquisa deveria buscar seus objetos de reflexão sobre o concreto dos serviços de saúde e não do ensino. Não ser uma pesquisa gerada por outra pesquisa, mas gerada da prática de resolver problemas da saúde pública.* (Eduardo Costa. Entrevista concedida em 9/4/1998)

Essa necessidade, entretanto, esbarrava na insuficiência de quadros, uma vez que a equipe docente havia sido reduzida pelos processos de demissão ocorridos na fase anterior.

Surgiu, porém um fato novo, criando uma perspectiva para a entrada de recursos financeiros nas instituições de C&T. O II PND estabelecia metas que

indicavam a necessidade de priorizar o desenvolvimento de tecnologias (cap. XIV) com referência explícita aos campos da saúde pública e da educação, assim definidos:

> No campo da Saúde, desenvolver programas de pesquisa orientados para a eliminação de endemias, como a esquistossomose e o mal de Chagas, assim como sobre a nutrição de grandes contingentes populacionais (exemplo: alimentos proteinados de baixo custo, à base de soja e outras culturas de grande produção no País).
>
> Em educação, atualizar o conhecimento científico e técnico ministrado nos diferentes níveis de ensino, pela revisão dos textos didáticos e técnicos, e pela expansão seletiva da pós-graduação. Ao mesmo tempo, manter-se em dia com os progressos na tecnologia educacional, (pelo uso de sistemas de computação e outros avanços desse tipo) além de testar a viabilidade de aplicação, no Brasil, das mais avançadas técnicas de telecomunicações na transmissão de programas educacionais a grandes massas. (Brasil, 1974: 137)

Essa diretriz política orientou algumas ações de governo, fortalecendo a Finep, órgão do governo a quem foi atribuída uma ação de fomento à pesquisa junto a instituições como a Fiocruz. Para realizar sua missão no âmbito da Saúde, a Finep organizou uma equipe que passou a se relacionar com a Ensp, conforme depoimento a seguir:

> *Um dia estava eu na minha sala e apareceu o Sérgio Góes de Paula. Eu não o via há algum tempo; e ele me disse: 'estou sendo contratado para trabalhar na Finep para ser responsável pela área de Saúde lá. Queria que você me assessorasse, acho que tem possibilidade de passar dinheiro'. A partir daí sentamos e discutimos o que fazer. Fizemos uma viagem à Transamazônica para detectar objetos de prováveis estudos. Escrevemos o capítulo de saúde do 2º PBDCT e começamos a definir o projeto.* (Eduardo Costa. Entrevista concedida em 9/4/1998)

Arlindo Fábio destaca ainda o processo de renovação pelo qual passaram as equipes docentes:

> *Aqui começou a ser revigorada a equipe docente. Tinha o Osvaldo Campos, que foi a primeira pessoa que articulou com a Finep, e passou a atuar nessa instituição nos finais de expediente, como consultor e organizador do setor de Saúde da Finep. E passou isso para Sérgio Góes que tinha vindo para a Escola comigo. A Finep criou o setor de saúde e levou o Sérgio. Com ele começou a se escrever o Peses/Peppe.* (Arlindo Fábio G. de Sousa. Entrevista concedida em 5/4/1998)

Pela revisão de literatura, é possível depreender que o Peses e o Peppe tiveram um papel fundamental para a Ensp e a saúde pública contemporânea, no apoio à elaboração de teses, na conformação de novas disciplinas, favore-

cendo a recomposição da pós-graduação *stricto sensu* e a incorporação de professores. Na vertente da epidemiologia é importante destacar a contribuição desse projeto para a constituição da área de vigilância epidemiológica, que passou a integrar um dos núcleos temáticos do ensino da epidemiologia, desde o final dos anos 70, credenciando o grupo envolvido com essa proposta a participar da experiência do Programa Ampliado de Imunizações (PAI), em parceria com o Ministério da Saúde e a Opas. Essa foi também uma estratégia que favoreceu a incorporação de professores, tornando a temática da vigilância epidemiológica absorvida pelas estratégias formais de capacitação da Ensp, por exemplo, como disciplinas dos cursos de Saúde Pública.

É possível observar também que, a partir de 1980, introduziu-se a disciplina Saúde Pública com Prática Social no curso de Saúde Pública, ao passo que, no curso de especialização em Saúde Pública – Planejamento em Saúde, o módulo de Planejamento começou a se afastar das formulações que traduziam as ações de administração, para introduzir a disciplina Organização Sócio-Política e Poder Público, noção que antecedeu às de políticas globais, aos métodos e aos instrumentos de intervenção na realidade administrativa do setor.

Mas é no processo de gestão da pesquisa do Peses que vamos nos concentrar, por considerar a sua contribuição para uma ação mais expansiva de reformulação do pensamento sanitarista no Brasil e, principalmente, pela aproximação que se concretizou entre a saúde pública e a medicina social. Através de sua dinâmica e dos resultados alcançados, com base nos depoimentos e na revisão bibliográfica e documental, é possível recuperar o seu significado para a área da pesquisa em saúde pública, bem como sua contribuição para a renovação do ensino na área, através do tratamento da relação entre as ciências sociais e o planejamento de saúde, que funcionou como ponto fundamental de revitalização da Ensp, através da relação da pesquisa com o ensino.

Parece claro, pelos depoimentos dos docentes que estavam na Ensp, pelo menos desde o início dos anos 70, um desejo de superar a fase da Escola que estava credenciada e reconhecida no limite da formação de recursos humanos para administrar unidades de saúde. As entrevistas dos docentes revelam a existência de uma inquietação que se tornou produtiva com alguns aportes financeiros captados através dos projetos apresentados à Finep. Nas palavras de Arlindo Fábio, "o Peses e o Peppe eram coisas paralelas. Surgiram de uma inquietação interna e foram buscar gente de fora. Ajudaram a avançar uma crise que existia dentro da Escola, mas que tinha quadros minguados" (Arlindo Fábio G. de Sousa. Entrevista concedida em 5/4/1998).

A aprovação dos projetos pela Finep criou as condições para a implantação da área de pesquisa, viabilizando inclusive a aproximação de dois grupos,

com experiências diversas: os docentes que estavam na Ensp, com formação voltada para a saúde pública e experiência em serviços de saúde; e uma outra equipe que veio de Campinas para a Ensp, com formação acadêmica em medicina social. Assim, de acordo com a perspectiva de Arouca:

> *Até 1975, eu estava em Campinas, no Departamento de Medicina Preventiva, com um grupo cujo grande desafio era a reforma do currículo médico, com a introdução das ciências sociais e a participação no movimento latino-americano para repensar a teoria da saúde, com [Juan César] Garcia e José Roberto Ferreira. Nesse ano, levamos trombada na Unicamp e viemos para a Ensp. Tínhamos teses e formação de cientistas. Tinha grupos de resistência na Ensp. O encontro desses dois grupos é o novo.* (Sergio Arouca. Entrevista concedida em 11/4/1998)

A incorporação de um grupo grande, de formação sólida, funcionou como uma manifestação de envolvimento na busca de um 'novo projeto' para a Ensp. O grupo que já estava na Escola fazia

> *um esforço para construir categorias de ciências sociais, utilizando um jargão médico, na medida do possível. O caminho da Ensp até esse momento, era o da incorporação das ciências sociais na formação. A Cecília Donnangelo foi por outro caminho – partia da análise do setor e analisava a contribuição das ciências sociais para isso. O Peses veio para ajudar a fazer os dois caminhos ao mesmo tempo.* (Arlindo Fábio G. de Sousa. Entrevista concedida em 5/4/1998)

Essa diferença se manifestou no cotidiano e na dinâmica da própria produção dos grupos, aqui considerados antigos e novos. Os relatos são indicativos de que a relação de tensão entre o novo e o velho, isto é, os que vieram de Campinas e os que estavam na Escola, foi repensada e mediada no contexto da Escola. Elaborou-se logo um espírito ou uma idéia de transição, interpretada pelos diferentes grupos de forma nada consensual. É evidente que suas distintas manifestações refletiam o modo como cada grupo vivenciou essa transição até que fosse possível a construção de uma nova alternativa, assim relatada por Arlindo Fábio:

> *O conflito é parte inerente a qualquer processo. Havia a necessidade de se fazer adaptações. Essas pessoas donativas e abertas deviam ceder espaços para os novos e incentivá-los. Os conflitos não foram suficientes para barrar o processo. Jair e Elsa Paim seguraram as barras todas. O Jair, por exemplo, como diretor, era muito doce e segurava as barras com o presidente. Eles tinham prestígio e absorveram os que tinham outros atributos. O que vem de novo entra em conflito, mas costura e se transforma numa luta de sobrevivência, à luz das relações pessoais, também carinhosas e muito estreitas. Era um projeto de vida que se confundia com um projeto de instituição.* (Arlindo Fábio G. de Sousa. Entrevista concedida em 5/4/1998)

Arouca destaca o caráter multidisciplinar dessas equipes:

> *A constituição da equipe teve três momentos: o primeiro, com a formação de um grupo que reunia o pessoal de Campinas e o grupo bom e sólido da saúde pública da Ensp. Deu impacto em termos da pós-graduação, ensino da epidemiologia. No segundo momento não era só a chegada de pessoas novas; tinha instrumentos de ação, tinha poder, articulou um projeto nacional. Apoiava projetos regionais, distribuía bibliografias. No terceiro momento, a Escola trouxe muita gente da medicina social. Também pelos contatos com Sérgio Góes vieram pessoas de ciências sociais, antropologia, sociologia e política, e essas pessoas começaram a participar de disciplinas.* (Sergio Arouca. Entrevista concedida em 11/4/1998)

A articulação com grupos de outros centros de formação se organizou, no Peses, através da investigação nacional sobre medicina preventiva, com uma coordenação nacional, e coordenadorias regionais nos estados de Minas Gerais, Bahia, São Paulo, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro. Esse grupo multi-institucional, com representantes dessas regiões e da Ensp, desenvolveu uma investigação nacional sobre o ensino da medicina preventiva, propondo-se a "reunir informações acerca da origem, do desenvolvimento, e, principalmente, da pauta curricular e das realizações práticas dos departamentos de Medicina Preventiva, durante o ano de 1976" (Peses, 1978: 2). Arouca destaca a dimensão político-ideológica do projeto:

> *Participávamos também de um projeto de esquerda na América Latina que tinha como centro a discussão teórica de [Juan César] Garcia e Miguel Marques. Seminários, encontros regionais, na Argentina, Equador, El Salvador. Nesse projeto de medicina preventiva, a idéia era criar rede de gente de esquerda que tivesse prática política na área de saúde. Ocupar espaços. Essa estratégia era diferente da luta armada. Era na universidade e no centro de saúde. Esse programa era o braço mais político. Atuava ativamente e apoiava núcleos. Seus participantes foram procurados ativamente. Montava projetos, esquema de apoio. Não era para deixar o cara solto. Criou uma rede.* (Sergio Arouca. Entrevista concedida em 11/4/1998)

A riqueza dessa experiência trouxe, para a Ensp, uma forma peculiar de relacionamento com o ensino da saúde pública. Processava-se uma incorporação dos resultados dos estudos, através de cursos e disciplinas, e isso facilitou a recomposição de sua equipe docente, com quadros qualificados pelos trabalhos desenvolvidos nos projetos.

Parece claro que as alianças estabelecidas por esse trabalho, mais que um resultado em curto prazo, possibilitaram um aprofundamento crítico das questões da saúde pública e da atenção médica. Seus resultados passaram a ser difundidos entre os serviços de saúde e os outros centros de formação, onde

o programa de cursos descentralizados pode ter sido um caminho de transferência de tecnologia, ampliando as possibilidades para a realização de outras alianças e a disseminação organizada do conhecimento produzido.

O depoimento de Paulo Buss, um dos professores à época, faz uma síntese das mudanças trazidas pelo Peses para a Ensp, no aspecto técnico-conceitual e administrativo:

> *O Peses trouxe o componente menos oficialista e menos programático que refletia a visão do Ministério da Saúde. Trouxe uma renovação conceitual. Passou a utilizar categorias explicativas muito mais ampliadas do processo saúde-doença. Passou a incorporar história e sociologia para a pesquisa e intervenção. Trouxe também uma renovação para a gestão da Escola. Começou a sacudir os processos comuns de administração, utilizando outros mais flexíveis, mais ágeis. Criou-se a biblioteca e incorporam-se novas bibliografias.* (Paulo Buss. Entrevista concedida em 28/3/1998)

Parece clara a mudança que produziu, na Ensp, a estratégia que começou com a combinação de recursos financeiros e a incorporação de recursos humanos. Com objetivos claros e um projeto político, o Peses agregou à Escola condições materiais e pensamento crítico, permitindo avançar o projeto institucional.

O desenvolvimento do campo da pesquisa favoreceu a revisão de conceitos até então utilizados pelo ensino, do qual a disciplina saúde pública como prática social, incorporada em 1980 no curso de Saúde Pública, representou um marco para essa nova fundamentação.

Os efeitos sentidos na estratégia de gestão dos recursos financeiros utilizada pelo projeto reafirmaram o desafio que estava colocado para as instituições públicas quanto à agilidade dos seus processos burocráticos, sem perda do seu sentido público. A dinâmica de administração utilizada pelo projeto não está referida nos relatórios consultados e fugiria aos objetivos deste trabalho uma busca ativa a esse mecanismo.

Merece menção especial a estratégia utilizada para promover a disseminação das descobertas e das produções alcançadas pelo projeto, na esteira da descentralização dos cursos, estabelecendo conexões com outros centros, através das coordenadorias regionais, articuladas à coordenação central do Peses.

Finalmente, vale ressaltar que a revisão bibliográfica indica a existência de uma conexão entre o Peses e a área de serviços de saúde, estabelecida através da experiência de Montes Claros, assim referida por Santos (1995: 52):

> Pessoas credenciadas pelo Ministério da Saúde acompanhavam de perto o Projeto Montes Claros, assim como representantes do Peses – Fundação Oswaldo Cruz, que, junto com o Ministério da Saúde, tiveram um envolvimento grande com o trabalho. Ainda através do Peses e da Escola Nacional de Saúde Pública,

e em convênio com a UFMG, uma grande pesquisa, sob a coordenação de Cornelius van Stralen, levou para Montes Claros pesquisadores e estudantes universitários interessados na experiência.

A relação do Peses com o Projeto Montes Claros destacada por Santos está retratada no depoimento do coordenador do projeto, como uma ação realizada na sua segunda fase, "quando foi estabelecida uma atuação estratégica nacional de política de saúde, com o apoio a projetos regionais e distribuição de bibliografia. Entre essas experiências foram destacadas: o Cebes, o Departamento de Medicina Preventiva da Bahia e o Projeto Montes Claros" (Sergio Arouca. Entrevista concedida em 11/4/1998).

Parece evidente que o apoio recebido pela Ensp através da Finep agregou à Escola e ao ensino da saúde pública um componente importante para a construção de um novo perfil de 'centro escolar', com a incorporação de uma nova postura de investigação, dirigida aos objetos que eram colocados pelo cotidiano das políticas de saúde.

Como Escola, a Ensp, através dessa pesquisa, passou a participar de um conjunto de iniciativas preocupadas com a renovação do conhecimento sobre o tema de planejamento e reorganização ou rearticulação dos serviços, relacionados por Donnangelo, no início da década de 80, como esforços que vão "progressivamente buscando evidenciar, com maior ou menor refinamento metodológico, as articulações econômicas, políticas e ideológicas da prática sanitária na sociedade brasileira" onde também se destacam, além do Peses (1976): *Medicina e Sociedade* de Donnangelo (1973); *As Instituições Médicas no Brasil* de José Carlos Braga (1978); *As Instituições Médicas no Brasil, Instituições e Estratégia de Hegemonia* de Madel Luz (1979); *Saúde Medicina e Trabalho no Brasil* de Cristina Possas (1980) e *Previdência Social e Processo Político no Brasil* de Amélia Cohn (Abrasco, 1983).

Estes trabalhos constituíam um campo cognitivo, de investigação e de produção intelectual sobre a organização do aparelho de Estado em saúde no Brasil, resvalando também, analiticamente, em maior ou menor grau, nas condições e na situação dos trabalhadores de saúde do país, ainda que nem sempre tais estudos estivessem sob a nomenclatura dos recursos humanos.

O avanço da descentralização e a expansão do ensino da saúde pública

A relação entre descentralização e expansão do ensino da saúde pública desenvolvido a seguir se expressou com vigor na Ensp, sem a mesma dimensão na FSP/USP.

O Programa de Cursos Descentralizados iniciado pela Ensp, em 1975, adquiriu, no período de 1976 a 1980, um caráter expansivo, influenciando o perfil da distribuição dos cursos no país, e potencializando experiências que

merecem ser comentadas, pela relação que as mesmas estabeleceram com as políticas de saúde e pela singularidade do processo de gestão educacional partilhado entre a Ensp e os pólos descentralizados.

A expansão dos cursos parece estar ligada à relação entre um mercado de trabalho emergente no âmbito dos estados, que nesse período reformulavam seu sistema público de saúde, acompanhando a política nacional de saúde de cunho expansionista. Uma outra demanda foi gerada pela pressão dos trabalhadores por uma melhor qualificação e melhores pontuações em suas carreiras respectivas, e conseqüentes melhorias salariais. De outro modo, a existência de linhas de profissionalização e absorção dos profissionais pelos sistemas estaduais de saúde favorecia a criação de carreiras estaduais de sanitaristas.[21] O contexto de reformas que atingia o setor público da saúde e que avançava através do desenvolvimento das atividades do Piass e do Ppreps, junto às secretarias estaduais, gerava demandas de reorganização do sistema, requerendo a ampliação e qualificação das equipes, e o curso de Saúde Pública era o caminho que dava acesso a essa formação. A procura crescente expressa pela entrada de novos cursos, ano a ano, evidenciava um apoio formal das secretarias estaduais de Saúde ao Programa de Cursos Descentralizados, o que parecia responder às necessidades de recursos humanos que se colocavam nos respectivos sistemas estaduais de saúde, pressionando o sistema de formação.

Parece também evidente que a coordenação do programa, no Rio de Janeiro, aperfeiçoou, nos primeiros cinco anos, os instrumentos legais e os mecanismos de gestão do programa, destacados por Uchoa e Paim e sintetizados a seguir:

- convênio entre a Fiocruz e as secretarias estaduais de Saúde e, em alguns casos, com a participação da universidade local;
- reconhecimento da coordenação local, firmado pela Ensp, mediante indicação do conveniado;
- estratégia de incentivo à participação de corpo docente local, com crescente envolvimento das universidades;
- apoio da Ensp ao processo de seleção e instalação do curso, e responsabilização pelas disciplinas que não fossem preenchidas por docentes locais;
- desenvolvimento da capacidade local de adaptação de conteúdos e metodologias, respeitando o currículo mínimo estabelecido pela Ensp;

---

[21] Entre os resultados creditados ao processo de descentralização dos cursos, Uchoa e Paim destacam: permanente interesse das secretarias estaduais de Saúde; maior integração das universidades com os serviços de saúde; progressiva capacitação das coordenações locais de cursos; criação de carreiras de sanitaristas em algumas secretarias estaduais de Saúde; mudanças na estrutura dos cursos ministrados na Ensp e intercâmbio de experiências docentes (Abrasco, 1982).

- trabalho sistemático de divulgação, para facilitar a inscrição de candidatos e de algumas atividades docentes realizadas nos estados satélites.[22] (Abrasco, 1982)

O número de cursos descentralizados passou de dois em 1975, para quatro em 1976, e quinze em 1980. O Ministério da Saúde, que nesse período vivia intensamente as atividades ligadas à reformulação do sistema público junto aos estados, também solicitou a sua inclusão no programa, sendo organizadas três turmas especiais em Brasília para os funcionários desse órgão, em 1977, 1978 e 1979. "A criação do estado do Mato Grosso do Sul, em 1979, também favoreceu a implantação de mais um curso, que contou com o apoio da recém criada Coordenadoria Regional de Saúde do Centro Oeste (Corcentro) do Ministério da Saúde" (Abrasco, 1982: 28).

O fenômeno de expansão dos cursos tinha uma justificativa nas políticas de saúde, mas, no âmbito intra-institucional, segundo depoimento Arlindo Fábio, também provocou o envolvimento dos docentes da Ensp, à medida que se processavam as entradas de novos estados.

> *Lembro que a essa altura já tinha Peses/Peppe andando, e desenvolvendo suas pesquisas. O grupo que não estava nesses dois projetos vai se envolver com o Programa de Cursos Descentralizados. Ficava um grupo que participava do experimento aqui, e outros que eram caixeiros-viajantes. Ia um professor da Escola e escolhia um ex-aluno, daí o relacionamento com as Preventivas.* (Arlindo Fábio G. de Sousa. Entrevista concedida em 5/4/1998)

A Ensp definiu uma política "voltada para a criação e o fortalecimento de um núcleo de professores no campo da Saúde Pública, capaz de em pouco tempo, assumir, não só as disciplinas do curso, como também influenciar no ensino de graduação na área de Saúde" (Abrasco, 1982: 30).

A visão dos professores quanto à relação Ensp/estados, através dos departamentos de Medicina Preventiva, parece definida em múltiplos sentidos. De acordo com a perspectiva de Arlindo Fábio:

> *na relação com as universidades optamos pelas Preventivas, na realização dos cursos, para absorver disciplinas. Isso foi uma estratégia definida por nós, como escola donativa. Pensamos em como criar uma rede e fortalecer os departamentos. Achávamos que os cursos de Saúde Pública influenciariam a graduação. Os convênios eram tripartite. Essa também era uma opção para buscar viabilidade enquanto escola, e não como um centro de formação.* (Arlindo Fábio G. de Sousa. Entrevista concedida em 5/4/1998)

---

[22] Nos primeiros anos do programa foram estabelecidos como estados satélites: Pará, Bahia, Pernambuco e Porto Alegre, definição que foi abandonada posteriormente, pela adesão crescente dos estados que eram obrigados a deslocar seus alunos para outra sede (Abrasco, 1982: 26).

Vale ressaltar que o processo de avaliação dos cursos se tornou regular, levantando discussões importantes que merecem ser mencionadas. O V Seminário de Avaliação cobre o período relativo a 1980 e 1981, e foi marcado por intensos debates sobre a relação dos cursos com os serviços e sobre as práticas pedagógicas que traduziam essas relações.

O primeiro aspecto ressaltado foi o papel dos cursos descentralizados, expressando-se "como meio de preparar mais rapidamente uma massa crítica de recursos humanos para o setor saúde, em quantidade e qualidade, capaz de criar meios de promover mudanças, na medida em que os cursos também se constituem em importantes mecanismos de desenvolvimento da política de saúde" (Abrasco, 1983: 125). Nesse espaço também, segundo consta nas atas do V Seminário de Avaliação dos Cursos de Saúde Pública da Ensp (1980-1981), foram reconhecidos os cursos de Saúde Pública, como o lugar privilegiado da formação de recursos humanos: "tecnicamente capacitados" para promover as mudanças requeridas ao sistema de saúde, devendo para isso, fornecer "um instrumental crítico, para a reflexão sobre as práticas de saúde e sobre a realidade onde atuam" (Abrasco, 1983: 126).

Vale a pena destacar, como sugere depoimento a seguir, o envolvimento da equipe docente da Ensp com os cursos descentralizados. Essa experiência permitiu uma relação próxima dos professores com os vários sistemas estaduais de saúde, num momento de revisão de suas práticas, o que favoreceu uma postura de assimilação dessas experiências pelas atividades de ensino e de pesquisa da Escola, incorporando visões também variadas: "Era a experiência com a visão de compromisso, com diferentes sotaques da questão sanitária. Essa impregnação de diferentes arranjos institucionais eram desafios que a Escola teria de responder no plano conceitual e metodológico" (Paulo Buss. Entrevista concedida em 28/3/1998).

No plano didático-pedagógico, foram reunidas, no V Seminário, uma série de questões que convergiam para a crítica à excessiva teorização adotada pelos programas dos cursos, fazendo um alerta aos riscos de afastamento da prática de saúde. O principal canal de veiculação dessa crítica eram os cursos modulares, que passaram a se constituir em oportunidades de organização didática, por módulos concentrados e períodos de dispersão, quando os alunos retornavam aos serviços para realizar os trabalhos do cotidiano e para preparar a etapa seguinte do curso. Em 1980, optaram por essa modalidade os cursos das cidades de João Pessoa/PB, Maceió/AL, Belo Horizonte/BH, Recife/PE e Salvador/BA (Abrasco, 1983).

A aparente polêmica metodológica aparece superada no interior do seminário, quando os participantes ponderaram que as linhas centrais de renovação

dos cursos deveriam perseguir "uma mais íntima vinculação entre os conteúdos teóricos e as atividades desenvolvidas" (Abrasco, 1983: 126), apresentadas nas recomendações e sintetizadas assim:

- que os cursos estejam referidos à atividade dos alunos nos serviços, constituindo-se em esforço de reflexão e intervenção sobre o trabalho, ou seja, que os serviços reais e concretos onde atuam os alunos sejam tomados como referência central dos cursos;
- que esses serviços e atividades sejam concebidos como um espaço de aprendizagem, tanto quanto a sala de aula;
- que os conteúdos teóricos se ocupem centralmente de instrumentar a capacidade de reflexão e de proposição sobre tais atividades concretas;
- e que assim se execute uma aprendizagem no trabalho, experiência não apenas mais rica e interessante do ponto de vista pedagógico, mas também não meramente 'acadêmica', ou seja, com reflexos reais sobre a realidade dos serviços (Abrasco, 1983).

Uma outra polêmica intimamente ligada à formulação dos cursos modulares foi a organização dos cursos por problema, como alternativa à organização por disciplina. O plenário do seminário sugeriu a progressiva abolição das barreiras estanques entre as disciplinas 'clássicas' do ensino de saúde pública no processo pedagógico, opção que permeava algumas propostas de cursos da Ensp desde os primeiros anos da década de 70, mas que nos cursos descentralizados não foi absorvida, formalmente.

Consideramos que a seleção aqui abordada não pretende esgotar a riqueza do processo de descentralização dos cursos, mas sim levantar alguns aspectos que se tornaram relevantes na relação entre Ensp e os sistemas estaduais de Saúde nesse período, quando os cursos desempenharam um papel fundamental de preparação de uma força de trabalho estratégica, permitindo avançar no sentido da configuração desses sistemas e na problematização das políticas de saúde.

Os aspectos aqui levantados configuram a opção da Ensp por um projeto de caráter político – expansionista junto aos serviços – movimento que não encontra correspondência na FSP/USP no mesmo período.

A residência em medicina preventiva e social: um projeto renovador

O Programa de Residência em Medicina Preventiva e Social foi implantado na Ensp em 1979, tornando-se regular durante toda a década de 80. Ele serviu como um território de experimentações e inovações no campo do ensino das ciências da saúde, especialmente voltado para as interseções com as

ciências sociais e a epidemiologia. A FSP/USP não ofereceu essa modalidade de curso no período estudado, o que pode ter contribuído para as diferentes inserções destas instituições no movimento sanitário que desembocaria no SUS.

Na Ensp, como já apontamos, a residência foi precedida pela experiência com o Treinamento Avançado em Serviço (TAS), cuja proposta metodológica retratava uma formação mais voltada para a prática dos serviços de saúde. Em 1979, outros fatores mobilizaram a criação da residência em Medicina Preventiva e Social, e a Escola engajou-se na construção de uma nova proposta, resultando, inclusive, a partir de 1980, na extinção do TAS e na absorção da nova modalidade de formação, em caráter permanente, como comenta Paulo Buss:

> *Teve uma questão de oportunidade, e a outra foi uma maneira de fazer uma ponte do recém-formado, da graduação com o sistema de saúde. Nos cursos até então ministrados pela Escola, 'os jovens' tinham outras questões. A criação da residência veio como uma alternativa multiprofissional, para que os recém-formados, ao mesmo tempo em que se formavam conceitual e tecnicamente, tivessem uma oportunidade prática, em Clínica e Gestão de Serviços, diversificando essas oportunidades em Postos e PAMs do Inamps.* (Paulo Buss. Entrevista concedida em 28/3/1998)

O Programa de Residência da Ensp, em 1980, ainda estava em seus primeiros momentos de organização. Sua estrutura se fez a partir de um módulo de introdução à saúde pública dividido em dois tópicos principais: investigação em saúde (com as disciplinas de epidemiologia, ciências sociais, demografia e estatística) e organização dos serviços de saúde. Os dois outros módulos foram dedicados às práticas de saúde coletiva e de serviços de saúde.

Os primeiros anos do programa na Ensp parecem ter sido potencializados por um ambiente de renovação interna, propiciado pelos resultados do Peses, já analisados, e pelo retorno da pós-graduação *stricto sensu*, a partir de 1977. Seus professores vivenciaram intensamente esse momento. Nas palavras de Paulo Buss, coordenador das duas primeiras turmas da residência,

> *Nós éramos realmente empurrados e pressionados a ampliar as leituras, os autores, o espectro teórico. Éramos levados a buscar um outro espaço do conhecimento. [Michel] Foucault,* O Nascimento da Clínica, Arqueologia do Saber, A Questão Urbana *antes não estavam presentes entre as nossas leituras. Era a emergência de um novo quadro de referência.* (Paulo Buss. Entrevista concedida em 28/3/1998)

As condições de funcionamento do programa, segundo Paulo Buss, propiciaram um recrutamento favorável à incorporação de quadros docentes, entre os alunos que se destacaram: "nos primeiros anos, a residência formou muita gente que ficou para docente. Mais recentemente, os concursos realizados para

o município aproveitaram outros, mas ficava sempre certo percentual para a docência, também para outros centros formadores" (Paulo Buss. Entrevista concedida em 28/3/1998).

Nesse sentido é exemplar a turma de 1980: dos dez alunos médicos matriculados, sete foram absorvidos como docentes (Seca/Ensp, 1998).

A incorporação desses alunos se deu num contexto de expansão das atividades da Escola, também presente em outros espaços do setor público com relação à função do sanitarista. Nesse caso, a Ensp preparava e absorvia a própria força de trabalho, ampliando suas condições para responder às demandas colocadas pela reorganização do sistema de saúde.

A utilização do espaço da residência em Medicina Preventiva e Social para a formação de docentes levanta uma interrogação sobre a natureza desse curso, que nasceu para preparar sanitaristas para os serviços, mas que também se credenciou para a preparação de quadros docentes. Ainda que, no momento inicial, o programa seja fruto da necessidade de formar quadros recém-graduados e de aproximar a formação do sanitarista da prática dos serviços de saúde, é possível observar que os resultados foram muito mais amplos para a formação em saúde pública. Ocorre que, em seu processo de desenvolvimento, os objetivos iniciais foram tomados apenas como ponto de partida para um processo político desencadeado pelos grupos envolvidos, favorecendo a ampliação do número de programas em todo o país e a revisão permanente dos seus conteúdos e de suas práticas, nos contextos de reformulação do sistema de saúde do Brasil.

Essa característica peculiar assumida pelo programa remete à necessidade de rever o seu processo de implantação e expansão, nele destacando o papel do Programa de Apoio à Residência de Medicina Preventiva e Social (PAR) nos dois primeiros anos, e na seqüência, à associação com o movimento de Saúde Coletiva, através da Abrasco.

O PAR foi criado em 1980,

> com o propósito fundamental de incrementar o adestramento de pós-graduação, sob a forma de residência, de profissionais de saúde para atuarem em cuidados primários de saúde no país, através de treinamento intensivo em serviço, em áreas de prática resultantes de projetos de integração docente-assistencial. (Abrasco, 1982: 56)

O programa nasceu do entendimento entre a Fiocruz, o Inamps e a Associação Brasileira de Educação Médica e possibilitou a criação de uma secretaria executiva, com sede na Ensp, que passou a contar com um dos seus docentes como coordenador. Nos dois anos iniciais, com essas características, o PAR implantou um Conselho de Coordenação composto por dez representantes de

programas regionais, um representante do Inamps, e outros participantes, docentes ou discentes eventuais (Abrasco, 1982).

A gestão exercida pelo PAR (1ª fase) permitiu a absorção e integração entre dez programas que tiveram uma atuação em grupo, sendo posteriormente absorvida pela Abrasco (2ª fase). Foram considerados resultados positivos dessa fase inicial:

- a definição das grandes áreas temáticas componentes do treinamento, assim especificadas: planejamento e administração, ciências sociais, epidemiologia e educação em saúde;
- o estabelecimento das linhas fundamentais dos conteúdos dessas áreas em práticas profissionais específicas, práticas de saúde coletiva (administração e planejamento de saúde, epidemiologia e métodos quantitativos); a investigação em saúde e as ciências sociais;
- o envolvimento dos docentes dos departamentos de Medicina Preventiva com o programa;
- o aumento do quadro docente de alguns departamentos, por contratações relativas a essa atividade, efetuadas pelas universidades ou por cessão de alguns profissionais do Inamps;
- a abertura dos serviços próprios do Inamps e dos serviços das secretarias estaduais de Saúde para atividades do treinamento, inclusive para a realização de investigações por alunos e professores;
- a entrada da previdência social na pós-graduação em saúde coletiva (Abrasco, 1982).

Apesar do resultado tão expressivo, duas questões se apresentaram como entraves e merecem ser destacadas: dificuldade de colaboração dos profissionais dos serviços na supervisão e docência e falta de condições mínimas para o funcionamento dos serviços, onde deveria ocorrer a prática dos alunos.

A dificuldade de participação dos profissionais da assistência nos programas é um tema polêmico, uma vez que a integração de trabalhadores contratados para atividades finalísticas, de natureza diversa, está na base da sua concepção. A construção dessa prática, contudo, mobiliza reivindicações de todas as partes, o que torna a própria participação dos trabalhadores um tema cercado de tensões e desafios. A administração da tensão gerada pela inovação passa justamente pelo convencimento das equipes, quanto à possibilidade de construção de uma nova prática, que se caracteriza por ensinar produzindo serviços e produzir ensinando, o que credita a possibilidade de sucesso a uma negociação bem-sucedida. Nessa negociação, o fator remuneração

é o principal entrave, com o argumento dos trabalhadores de que o adicional de trabalho deve ser correspondido por uma remuneração complementar para aquele que se desloca.

Alguns outros aspectos foram levantados durante o processo de implantação do PAR, que deveriam ser aperfeiçoados no processo de gestão colegiada das residências, como: diferentes visões e diferenças de 'ritmos' entre os processos acadêmicos e aqueles ligados à prestação dos serviços de saúde, e a desestruturação desses mesmos serviços, fatores que também "foram incorporados como matéria de aprendizado" pelos programas (Abrasco, 1982: 63).

A prática instaurada pelo PAR, que promoveu a integração dos grupos de coordenação dos programas estaduais, tornou-se oportuna pelo momento político que atravessava o setor saúde do país e produziu efeitos assim identificados: ampliação da massa crítica envolvida com o debate das políticas de saúde; geração de conhecimentos das realidades regionais pelos conteúdos de investigação dos programas; ampliação, no interior dos serviços, das discussões sobre a visão crítica e a emergência de práticas alternativas. A experiência colegiada favoreceu ainda a criação de quatro novas residências, em 1980, quando também foram ampliadas vagas em seis programas já existentes, elevando de 40 para 170 as vagas dos programas entre 1979 e 1980 (Abrasco, 1982).

O padrão crítico das práticas de saúde foi uma marca estabelecida pelo programa. A revisão de literatura revela que os processos técnicos e político, de construção da residência em Medicina Preventiva e Social marcaram uma diferença no que se refere à relação com a prática entre essa experiência e os treinamentos em serviço, presentes no modelo clássico da saúde pública, cujo processo de formação não considerava a existência de grandes contradições entre o campo do saber e o campo da prática. Aquela formação, da qual a residência procurava se afastar, na concepção de Paim (1986: 108) "era, portanto, orgânica a uma dada estruturação das práticas de saúde".

A adoção dessa primeira perspectiva de análise, estabelecida por Paim, parece contribuir para compreender certa evolução desse processo, que na visão do mesmo autor, chegaria à forma com que foi concebido o Programa de Residência em Medicina Preventiva e Social no Brasil. Tratava-se de uma mudança não apenas na maneira de se conceberem os processos de ensino-aprendizagem no campo da saúde, mas também na de se idealizar o funcionamento dos serviços de atenção.

O rompimento com esse modelo considerado mais antiquado de formação de sanitaristas, durante as décadas de 60 e 70, realizou-se de forma diversa nas faculdades de Medicina e nas escolas de Saúde Pública, dadas as oportunidades de capacitação vivenciadas pelas instituições. No âmbito das faculdades de Medicina, a tendência preventivista incluía experiências:

> que rompiam com o modelo anterior de formação de sanitaristas e constituíam um campo de demonstração para adestramento de profissionais que, na dependência das oportunidades do mercado de trabalho, se inclinavam para a docência em Medicina Preventiva, para o trabalho em Saúde Pública ou mesmo para a prática clínica. (Paim, 1986: 109)

As escolas de Saúde Pública, através de seus programas de mestrado e cursos de especialização em Planejamento de Saúde, também romperam com aquele tipo de formação, produzindo alternativas que tiveram impacto junto aos serviços de saúde.

A década de 70 se tornou palco de outras possibilidades, conformando o que foi denominado "tendência racionalizadora", que teve como pretensão maior o enfrentamento das demandas e exigências geradas pela conjuntura política da saúde da época, tendo uma expressão marcante nos cursos regionalizados de Saúde Pública (Paim, 1986: 111).

A dinâmica absorvida pela residência e as relações estabelecidas com os contextos, permitiu o surgimento do que foi considerado, por Paim, como tendência teórica crítica, o que para ele é a "síntese contraditória da tendência racionalizadora com uma proposta mais avançada da Medicina Social" (Paim, 1986: 112).

Desse modo, é possível compreender o processo de aproveitamento dos residentes egressos da Ensp como docentes, num momento em que a pós-graduação *stricto sensu* ainda se reorganizava, e que as demandas externas aumentavam sobre a Escola, no sentido de formar recursos humanos para uma conjuntura de reconhecimento da crise do setor saúde, mas de uma fertilidade muito grande, quanto à formação de recursos humanos para a reorganização do sistema de saúde.

O ensino da saúde pública planta sementes para a década seguinte

O período de 1975 a 1980 apresentou-se, para o ensino de saúde pública, como uma etapa em que se expandiram as alternativas de capacitação através do Programa de Cursos Descentralizados da Ensp, experiência que possibilitou o surgimento de outras equipes de coordenação dessa atividade nos estados, e um envolvimento maior da Escola com as temáticas dos serviços de saúde, que também se diversificaram a partir dessa experiência, em um círculo mais ou menos contínuo e virtuoso.

Também nessa época, o ensino da área conviveu com um ambiente de mudanças na condução das políticas de saúde, especialmente materializadas pela condução da política de extensão de cobertura. Sob o eixo das discussões em torno da ampliação dos serviços oficiais de saúde, por sua vez, também se observou um ambiente favorável a uma problematização às estratégias de financiamento e gestão do setor saúde, então coordenadas pelo Ministério da

Previdência e Assistência Social, cuja dinâmica se tornou fonte de temas de pesquisa e referência importante para a formação dos sanitaristas.

A retomada da política de formação e absorção de sanitaristas pela Secretaria de Saúde de São Paulo colocou um diferencial na formação até então assumida pela FSP/USP, favorecendo um diálogo daquela Escola com os serviços de saúde, provocando mudanças na programação oferecida para esse grupo.

Já na esteira da revitalização das instituições de ciência & tecnologia, foi possível avançar no campo da pesquisa em saúde pública, com destaque ao efeito potencializador dessas experiências na formação de pessoal para os serviços de saúde. A Ensp especialmente se destacaria nesse processo, justamente quando promoveu uma maior aproximação da saúde pública com a medicina social, ainda que o seu grande subproduto na área de ensino tenha sido a revitalização da pós-graduação. Na revisão documental e nos depoimentos realizados não foi encontrada evidência de influência da temática "formação para os serviços" na organização da pós-graduação da FSP/USP.

O projeto das residências em Medicina Preventiva e Social parece ter-se beneficiado do contexto de sua implantação, definindo o seu marco teórico "a partir de um trabalho crítico à ideologia que lhe precedera, e do estudo das práticas de saúde que se desenvolvem em cada sociedade, particularmente aquelas mais diretamente associadas ao objeto da saúde coletiva" (Abrasco, 1982: 8-9). Dessa forma, em um contexto amplo de transformações teóricas e práticas no campo da saúde, a residência em Medicina Preventiva e Social se expandiu para dez estados, a partir do apoio do PAR. Estabeleceram-se as primeiras áreas temáticas e o programa afirmou-se como uma possibilidade de formação crítica e afinada à ordem do dia instituída pelos cânones da saúde coletiva para os recém-formados.

Vale relembrar que dois atores políticos surgiram no final desse período, o Cebes (1976) e a Abrasco (1979). Sua contextualização, no cenário do debate em torno da organização do sistema de saúde no país, foi realizada de forma mais sistematizada no capítulo 1, sua atuação será analisada mais detalhadamente a partir do próximo segmento, que representa a etapa em que suas atividades ganharam mais visibilidade e se evidenciaram como elementos que favoreceram o debate e a recriação das práticas de ensino.

Período de 1981 a 1989

Ações Integradas de Saúde: preparação de base técnica e gerencial para o SUS

Os primeiros anos da década de 80 devem ser entendidos como um momento estratégico na preparação de uma base técnica e gerencial do setor público para as reformas que viriam. Os processos de preparação e realização da

8ª Conferência Nacional de Saúde cumpriram um papel fundamental na mobilização de apoios para os próximos passos de construção do sistema de saúde, espaços abertos à participação, onde os Centros de Preparação de Recursos Humanos em Saúde Pública tiveram oportunidade de exercitar a interface do ensino com os processos que deram continuidade à luta pela construção do sistema único de saúde do Brasil.

O depoimento de Sergio Arouca recupera aspectos peculiares que pautaram a definição da 8ª Conferência, em um diálogo entre os representantes dos ministérios da Saúde e da Previdência, inicialmente voltado para a discussão da unificação do setor e finalizado com o nascimento de um evento que daria definitivamente um novo rumo ao sistema de saúde brasileiro.

> *Com o advento da Nova República, dois baianos ocuparam a Saúde e a Previdência: Carlos Santana e Waldir Pires. Hésio Cordeiro vai para a Previdência e eu para a Saúde. Começa a discussão da 'unificação'. Era um embate político complicado e nós nos dividimos. Desse embate saiu a seguinte questão: queremos discutir o nosso projeto, já discutido em várias oportunidades, inclusive no Simpósio de Saúde da Câmara dos Deputados. Enquanto isso, nessas sessões meio confusas, a Câmara aprovou o projeto de passagem do Inamps para o Ministério da Saúde e [José] Sarney não fez a passagem. [Carlos] Santana pediu demissão e Waldir argumentou que a Previdência era um patrimônio dos trabalhadores. Falei: 'então vamos consultar e vamos convocar Deus e o mundo organizado desse país e vamos dizer qual o sistema de saúde que queremos'. Aí nasceu a 8ª Conferência.* (Sergio Arouca. Entrevista concedida em 11/4/1998)

O papel do Cebes e da Abrasco no ensino da saúde pública

No capítulo 1, procurou-se enquadrar a criação do Cebes e da Abrasco no contexto do debate em torno da organização do sistema de saúde no país. Como já comentado, uma das interfaces desta discussão mais ampla acerca da noção de sistema de saúde foi o debate a respeito da adequação da formação de recursos humanos para a saúde às necessidades do sistema. Resta aquilatar mais detalhadamente o papel destes dois organismos na constituição do debate, ressaltando o papel de um e de outro na constituição do campo de recursos humanos para a saúde e no desenvolvimento do ensino de saúde pública.

O Cebes, criado em 1976, se organizou em torno de núcleos de profissionais de saúde nos estados. Estes, por sua vez, tinham a democratização da saúde como questão principal. Desde sua criação, o Cebes passou a desempenhar um papel crítico de relevância no debate das políticas de saúde, no meio sindical, no âmbito das instituições e junto ao parlamento, produzindo debates e veiculando informações através da revista *Saúde em Debate*, que tinha como maior foco a organização do sistema de saúde do país.

Criada cerca de três anos depois, a Abrasco desempenhou um papel primordial na articulação do ensino de saúde pública com as políticas de saúde. A sua dinâmica programática e política permitiram, em sucessivos cursos, seminários, reuniões e congressos, a aglutinação de docentes, pesquisadores e profissionais dos serviços de saúde na discussão de temas que seriam incorporados na dinâmica da formação dos profissionais de saúde pública na década de 80.

Ambas as instituições nasceram balizadas pelo ambiente político-ideológico a favor da constituição da democracia, pela defesa da institucionalização de mecanismos menos autoritários no campo da gestão das políticas públicas, bem como a defesa da participação social neste campo, o chamado controle social em saúde. Segundo Fleury (1997), guiado pelo eixo da democracia, mesmo nos tempos do regime militar, o Cebes nasceu e se desenvolveu como um caminho alternativo para a problematização e a politização das questões da saúde, permitindo ao mesmo tempo a construção de "um projeto e seus atores".

A reconstituição da história do Cebes não faz parte do objetivo deste trabalho, mas a literatura é farta de elementos que indicam a estreita relação das suas atividades no campo da saúde pública, sobretudo o destacado papel no debate acerca do ensino das profissões de saúde, seja de uma forma mais direta – através da sua produção editorial – seja problematizando os projetos de governo e as políticas de saúde, numa posição sempre associada à renovação neste campo.

Vale a pena destacar que, ainda em 1979, o Cebes apresentou, no I Simpósio de Saúde da Câmara de Deputados, uma "plataforma programática do movimento sanitário, alcançando a adesão de parlamentares e sindicalistas, dando início a uma trajetória que culminaria com a inscrição destas propostas na Constituição Federal de 88" (Fleury, 1997: 28). Essa plataforma já procurava definir uma "saúde autenticamente democrática", apresentada em quatro itens de princípios que passaram a fazer parte do conteúdo de militância do movimento sanitário, traduzidos e atualizados aos contextos políticos que se sucederam, assim definidos:

> o reconhecimento do direito universal e inalienável, comum a todos os homens, à procura ativa e permanente de condições que viabilizem a preservação de sua saúde; o reconhecimento do caráter sócio-econômico global destas condições: emprego, salário, nutrição, saneamento, habitação e preservação de níveis de ambientes aceitáveis; o reconhecimento da responsabilidade parcial, porém intransferível das ações médicas propriamente ditas, individuais e coletivas, na promoção ativa da saúde da população; e o reconhecimento, finalmente, do caráter social desse direito (...) da responsabilidade que cabe à coletividade e ao Estado em sua representação, pela efetiva implementação das condições supramencionadas. (Fleury, 1997: 28)

A clareza desses princípios orientou outros documentos, embasando uma prática política que se projetou através de uma estratégia de difusão, ancorada numa estrutura de diretoria nacional, um conselho editorial e uma secretaria executiva, todos os membros com atividades em serviços de saúde ou em centros de formação, não necessariamente ligados à saúde pública. Sua produção é originária desses grupos e de alunos que se identificam com as suas linhas de trabalho (Cebes, 1992).

Ao longo desse período de existência, o Cebes elegeu uma política editorial tendo a revista *Saúde em Debate* como o seu veículo regular. Sua apresentação do número 36, de outubro de 1992 é exemplar, quando afirma que,

> durante todo esse tempo, e a cada dia mais, o Cebes continua empenhado em fortalecer seu modelo democrático e pluralista de organização; em orientar sua ação para o plano dos movimentos sociais, sem descuidar de intervir nas políticas e práticas parlamentares e institucionais; em aprofundar a crítica e a formulação teórica sobre as questões de saúde; em contribuir para a consolidação das liberdades políticas e para a constituição de uma nova sociedade. (Cebes, 1992: 2)

Para Fleury (1997: 8), a prática política do Cebes é orientada pela

> necessidade de buscar, na teoria, a análise correta da realidade, de tal forma que seja possível gerar uma prática política capaz de transformá-la a partir de uma configuração desejada, um projeto consensualmente pactuado entre as forças sociais que buscam a democratização da saúde e do Brasil.

A relação do Cebes com a Abrasco também está presente na literatura, ainda que mantidas as diferenças, pela identidade de propósito de cada uma das entidades.

A Abrasco foi criada em 1979, durante a I Reunião sobre Formação e Utilização de Pessoal de Nível Superior na Área de Saúde Coletiva, promovida pelos ministérios da Saúde e Previdência e Assistência Social e pela Opas.

A idéia de uma associação com tais características surgiu em dezembro de 1978, por ocasião da Reunião da Associação Latino-Americana de Escolas de Saúde Pública (Alaesp), realizada em Ribeirão Preto (SP), quando se sentiu

> a necessidade de se criar uma associação que congregasse aquelas instituições, para facilitar o intercâmbio de informações de docentes e mesmo de alunos de pós-graduação, que pudesse obter recursos para promover encontros nacionais, bem como para a disseminação dos conhecimentos produzidos nas diversas áreas e que pudesse, também, constituir-se em órgão regional da Alaesp no Brasil. (Abrasco, 1982: 111)

A Abrasco, na década de 80, pautou-se por uma intensa atividade que se desdobrou na elaboração de análises, presentes na literatura, intimamente li-

gadas ao objeto dessa investigação. Pela forma de expressão do trabalho político e acadêmico desenvolvido pela entidade, ela foi capaz de produzir um intenso diálogo com as políticas e os serviços de saúde em reorganização e, ainda, foi capaz de induzir movimentos em favor da reorganização do ensino e da pesquisa em saúde pública.

As revistas *Ensino da Saúde Pública* e *Medicina Preventiva e Social no Brasil*, por exemplo, publicadas entre 1981 e 1988 – fontes de dados privilegiadas nessa investigação – apresentam artigos de caracterização de situações, levantamento de elementos e dados sobre o ensino e a pesquisa em saúde pública com informações que alcançam principalmente as décadas de 70 e 80.

Um outro grupo de matérias está representado pelos informes técnicos, onde estão sistematizados alguns assuntos que preparam intervenções no ensino do campo. É o caso da multiprofissionalidade, das residências em Medicina Preventiva e Social e dos cursos de Saúde Pública.

O conjunto de reuniões inclui os seminários de Avaliação de Pesquisas, Encontro de Residentes e de Docentes, Avaliações de Cursos nas diversas modalidades do *lato* e *stricto sensu* e nas discussões para o estabelecimento de estratégias de atuação nas subáreas da saúde pública. Dois eventos, no período, abordam especificamente a relação ensino x serviço: o Seminário sobre Perspectivas da Epidemiologia frente à Reorganização dos Serviços de Saúde de 1986 e o Encontro Nacional de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Reforma Sanitária, de 1987.

A proposta da Abrasco, em relação ao ensino da saúde pública na década de 80, segue uma linha de defesa de uma atuação mais sistemática que pudesse gerar uma melhor capacitação dos docentes e resultados mais efetivos no ensino. Tem-se a pesquisa como base fundamental de geração de conhecimento, de formação de equipes e de alimentação de um processo de difusão que também embasou a prática política da entidade no período. Vale ressaltar que, em 1986, a Abrasco promoveu o I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, dando início a uma série de eventos dessa natureza, com os quais tanto se sistematizou quanto se promoveu maior institucionalização às discussões e propostas do movimento sanitário (Rodriguez Neto, 1977).

No que se refere à expansão do ensino de pós-graduação *lato sensu*, foi na relação com o Programa Nacional de Cursos Descentralizados da Ensp, e com as residências em Medicina Preventiva e Social que a Abrasco exerceu um importante papel de retaguarda, de politização e de reformulação didático-pedagógicas e de conteúdo, cujos desdobramentos estão apresentados em outros espaços desse trabalho.

Pela sua participação no cenário político nacional, a Abrasco, em sucessivos eventos, credenciou-se para representar o pensamento da área na pers-

pectiva crítica, suprindo-se de material analítico de seus associados para esse exercício político. Ela tornou disponíveis dados e análises para a atuação desses atores e participou, também, de outros eventos importantes para a consolidação das propostas da reforma da saúde, dos quais destacam-se: o Simpósio de Políticas de Saúde da Câmara de Deputados, em 1984; o editorial sobre o repasse de recursos financeiros do MPAS para os municípios; a participação na Plenária da Saúde e no processo Constituinte (Rodriguez Neto, 1977). A promoção da Reunião de Avaliação das Ações Integradas de Saúdes – AIS, em 1984, no Paraná, foi assim referida por Cordeiro (1991: 39):

> Desde novembro de 1984 vinham sendo atualizadas e debatidas as propostas relativas às políticas de saúde formuladas pelas instituições universitárias, pelo Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), por comissões de saúde dos partidos políticos e por entidades de profissionais de saúde, de trabalhadores urbanos e rurais, pelo movimento da reforma sanitária. Ainda em 1984, a Abrasco e o Cebes promoveram uma reunião para avaliação das AIS em Curitiba, que reforçou a posição do movimento sanitário.

Foi possível observar, na revisão de literatura referente àquele período, uma associação constante entre atividades de natureza política do Cebes com a Abrasco, depreendendo-se também que o elemento concreto de expressão dessa identidade foi a luta de ambos pela democratização da saúde, tendo o ensino da saúde pública como espaço estratégico, para onde também retornavam os produtos da problematização de uma ação técnico – política exercida pelas duas entidades. Seus desdobramentos mais visíveis, e mesmo inesperados, iriam ganhar vulto na década seguinte à criação destes organismos, quando também avançava o processo de institucionalização das propostas do movimento sanitário brasileiro, tanto nos estados, como no âmbito da União, com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a criação e regulamentação do SUS no final da década.

As escolas e os cursos na década de 80

Uma associação de temas vinculados à organização dos serviços, às políticas de saúde e à produção do conhecimento da área parece recortar as programações de cursos nesse período. Tanto a Ensp como a FSP/USP reciclaram suas áreas temáticas, ainda que mantendo perfis diferenciados em relação às renovações.

Na FSP/USP realizaram-se, em 1982, as duas últimas turmas dos cursos de Saúde Pública para nível local, ano em que também foi oferecido um curso para a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

A partir dos depoimentos dos entrevistados revelam-se algumas versões para o cancelamento dos cursos de Saúde Pública de nível local. A importância desses cursos estava expressa pela regularidade e pela realização de duas turmas por ano, associada à justificativa de absorção dos novos sanitaristas pela Secretaria da Saúde, e com responsabilidades atribuídas em setores considerados fundamentais.

Fazendo um paralelo com o sucesso da Campanha de Varíola efetuada em 1970, a partir da liderança de Rui Soares, Valter Leser também avaliou o que se passou na Campanha da Meningite na sua segunda gestão. Seu depoimento revela que a existência de um quadro profissional constituído por sanitaristas, no âmbito estadual, foi peça-chave para a manutenção das condições de saúde em nível local:

> *Já na segunda vez, coisa parecida foi a meningite. A Secretaria vivia escondendo e eles diziam que era surto. Paulo de Almeida Machado me procurou e me perguntou se assumiria. Organizou-se uma Campanha, mas foi muito mais fácil. Em cada região você tinha um sanitarista. Podia dar um suporte fantástico.* (Valter Leser. Entrevista concedida em 7/4/1998)

A absorção dos quadros formados na FSP/USP pela estrutura da Secretaria, segundo o secretário, já produzia uma mudança muito grande no tratamento das questões de saúde, sobretudo pelo combate ferrenho contra o clientelismo político que o secretário desenvolvia desde o seu primeiro mandato. Em suas palavras:

> *Quando me perguntavam como fazer, eu respondia: impedir a intromissão política. Isso depende do responsável pela Saúde ter suporte do governador. O [Roberto Costa de Abreu] Sodré assumiu até a última hora. Por lá, pela Secretaria, apareciam políticos. Fiz um ato. Qualquer promoção era por concurso. Recebia-os bem, mas encaminhava-os para o concurso. Eles se queixavam ao governador. E o Sodré dizia: 'o Leser é um chato. Ele não faz nada que eu peço'. E com Paulo Egidio também foi assim. Acho que órgão público não tem que se envolver com política, inexoravelmente. Isso é a única coisa que faz inspirar confiança.* (Valter Leser. Entrevista concedida em 7/4/1998)

O aprofundamento do modelo de absorção de sanitaristas pela Secretaria de São Paulo tampouco passou despercebido pelos militares.

> *David Capistrano era um dos que estavam na lista do coronel. Todos tinham medo do comunismo naquela época. Então um dia me aparece na Secretaria um coronel, que levou um despacho do Ministro da Guerra e que falava que tinha um 'bando' na Secretaria, infiltrado como comunista. Perguntou-me: 'o senhor conhece?'. Eu disse que sim. Respondi também que, infelizmente, eu não os tinha todos na Secretaria. Fora os que estão, eu gostaria de ter mais. Perguntou-*

me se eu sabia a responsabilidade que estava assumindo. E eu respondi que assumir a Secretaria era uma responsabilidade muito maior. Ele saiu batendo a porta. (Valter Leser. Entrevista concedida em 7/4/1998)

A avaliação efetuada pelo titular da Secretaria parece refletir que a inserção dos sanitaristas estaria satisfazendo as expectativas da época, quando a política estabelecida para o setor público era voltada para a extensão de cobertura, com reforço à rede básica de saúde, então debatida na 7ª Conferência Nacional de Saúde e em processo de discussão no interior dos ministérios da área. Valter Leser tinha convicção de que o fortalecimento da rede básica de saúde levaria à utilização racional dos recursos disponíveis e que esse caminho da qualificação conduzido por ele deveria ser aprofundado.

Até hoje eu fico me perguntando por que chegou a esse ponto. Aí tenho de voltar para o nome do Geraldo de Paula Souza, primeiro professor que foi para Harvard. Foi ser professor na Faculdade de Saúde Pública, na cadeira de Higiene. Fui aluno dele, e ele gostava de mim. Convenceu-me a fazer tese em Estatística. Ele tinha as doutrinas dele sobre saúde pública, em que a base é uma coisa chamada Centro de Saúde. Tem-se que pensar que você tem de atender pela porta de entrada, que é o Centro de Saúde. Depois um pouco de complexidade. Terceiro nível, hospitalar. Em 1976 ou 1977, houve um congresso de Saúde Pública em São Paulo. Eles [José da Silva Guedes, Pedro Dimitrov e José Carlos Seixas] apresentaram um projeto de Sistema Nacional de Saúde, que previa órgãos estaduais com autonomia em termos de planejamento, implantação, supervisão e avaliação de programa a partir do Centro de Saúde. Fico triste porque o que ficou mais importante foi o hospital. Pensando o que pensei toda a vida, sobre o Centro de Saúde, é difícil de aceitar alternativa. Qual a retaguarda do médico de família? Periga ter médico de família apoiado no hospital. (Valter Leser. Entrevista concedida em 7/4/1998)

A avaliação do secretário em relação ao que aconteceu na política de saúde é muito rigorosa em relação à sua efetividade. Para ele, o abandono da estratégia de reforço às unidades básicas de saúde como 'portas de entrada' do sistema de saúde é um equívoco, que está expresso no seu depoimento sobre a interrupção do investimento na formação de sanitaristas, também atribuída por ele à visão político-ideológica dos governantes da época.

A grande maioria dos sanitaristas era de esquerda e tinha de ser. Dando balanço, ninguém trabalhando em saúde pública, em São Paulo, pode deixar de ser de esquerda. Não é possível ver a miséria e as condições de vida e saúde, e não dizer: 'eu preciso mudar'. Isso era ser de esquerda. Nas administrações que se seguiram vieram pessoas que não gostavam da esquerda. Paulo Maluf acabou liquidando a carreira. Acho que é caminhar para trás. Não vejo perspectiva de

mudança. Estão fechando os Centros aqui. Vai-se ao Centro e não tem médico. Guedes é dessa turma. Deve haver coisas acima da vontade do secretário. (Valter Leser. Entrevista concedida em 7/4/1998)

A discussão encaminhada nos depoimentos de Leser está relacionada à suspensão dos cursos que formavam quadros para a Secretaria de Saúde, mas levanta pontos ainda atuais da política de saúde, trazendo para a reflexão, mais uma vez, a questão da porta de entrada do sistema de saúde – que, por sua vez, também se relaciona com a satisfação do usuário, o direito à saúde, a cidadania e tantos outros temas ligados à organização da assistência pública à saúde. Permanecem o debate e as interrogações para prováveis objetos de pesquisa que queiram se aproximar dessa temática pela vertente da assistência, inclusive na sua relação com a cidadania.

A suspensão do curso pela FSP/USP, no entanto, não interferiu agudamente na oferta das especializações em Saúde Pública e de Planejamento do Setor Saúde, que se mantiveram regulares até o final da década de 80, ainda que ambos os programas tenham sofrido ajustes quanto às suas propostas organizativas. Em 1985, os cursos de Saúde Pública se organizaram em módulos, mantendo, contudo, a estrutura disciplinar do modelo anterior. Em 1989, eles voltaram a se estruturar em disciplinas obrigatórias gerais e obrigatórias específicas.

No que se refere aos conteúdos do curso de especialização em Saúde Pública, observa-se a incorporação do conteúdo de demografia e a saída daqueles ligados às doenças transmissíveis e à vigilância epidemiológica, que passaram a compor o bloco da epidemiologia, com a denominação de Epidemiologia das Doenças Transmissíveis e Sistema de Vigilância Epidemiológica.

Três áreas cresceram nesse período, compondo os grupos das disciplinas ou módulos correspondentes às obrigatórias específicas: saúde ocupacional (para médicos, farmacêuticos bioquímicos, enfermeiros, biólogos e educadores, a partir de 1985); microbiologia de alimentos (para veterinários, farmacêuticos e biólogos); e materno-infantil (para médicos, enfermeiros e educadores). A forma como essas disciplinas se organizaram parece configurar o surgimento de linhas de trabalho que podem refletir linhas de pesquisa.

O curso de Saúde Pública para engenheiros destacou-se pela criação de um módulo de formação profissional específica, em 1989, com disciplinas técnicas que, no conjunto, traduziam uma relação com o seu campo específico, no que se refere aos sistemas de abastecimento de água, esgoto e lixo, além de um estágio especializado.

Na área da epidemiologia, observa-se que, no período, a Faculdade suspendeu sua série de cursos de Entomologia Epidemiológica, passando a realizar cursos de extensão universitária de Epidemiologia Clínica.

A área de planejamento manteve-se ativa durante toda a década, com o curso de Planejamento do Setor Saúde com disciplinas que enfocavam as políticas de saúde, a economia da saúde e um vasto conteúdo do campo da administração. Uma parte do curso se dedicava ao estudo do planejamento na Secretaria de Saúde de São Paulo.

Poderíamos concluir, parcialmente, que as mudanças político-pedagógicas e institucionais desenhadas durante a segunda metade dos anos 70 avançaram para a década seguinte de uma forma muito articulada ao contexto da institucionalização do Sistema Único de Saúde. A remodelação que se observa da década de 80, contudo, espelha e materializa o movimento de fortalecimento de um sistema de saúde estatizante, o amadurecimento político-institucional dos órgãos formadores de especialistas, bem como as próprias dificuldades destes mesmos órgãos de avançar mais radicalmente rumo à implementação de um modelo formativo e de gestão de políticas de saúde menos biologizante e hospitalocêntrico e mais inspirado nos pressupostos da medicina social e da saúde primária.

Renovações metodológicas e de conteúdo na Ensp

A década de 80, para a Ensp, está associada à expansão e à crise dos cursos descentralizados, à residência em Medicina Preventiva e Social, como expressão de um modelo inovador na formação para o serviço, ao envolvimento da Escola com um movimento mais amplo de renovação da saúde pública, que também se tornava concreto com os trabalhos do Cebes e da Abrasco. A Escola orientou mudanças metodológicas de conteúdos e de clientelas dos seus cursos e teve significativa participação na 8ª Conferência Nacional de Saúde e na Comissão Nacional de Reforma Sanitária, cujos trabalhos subsidiaram os parlamentares na elaboração da Constituição de 1988.

Entre os cursos de Saúde Pública desse período, destaca-se o curso de Saúde Pública de 1985, pelas inovações apresentadas em seu programa organizado em blocos, pela integração de conteúdos, pela natureza das temáticas, pelo enfoque pedagógico e pela clientela (Seca/Ensp, 1998).

A organização das disciplinas foi orientada para temáticas que presidiam a concepção do bloco, guardando certa identidade com os cursos modulares que vinham sendo realizados pelo Programa dos Cursos Descentralizados. No V Seminário de Avaliação desses cursos, recomendou-se uma estreita relação do ensino com as práticas de saúde e a integração interdisciplinar (Abrasco, 1983).

Uma outra particularidade do programa foi a disposição dos temas que deram nomes aos blocos, assim definidos: diagnóstico das condições de saúde e um primeiro diagnóstico dos recursos de saúde, no que se refere ao perfil

institucional e localização espacial; diagnóstico interno dos serviços de saúde com ênfase no diagnóstico de recursos, na linha do planejamento de atividades; e o planejamento/programação dos serviços de saúde, utilizando o aprendizado dos conteúdos de análise de viabilidade e factibilidade. O trabalho de campo foi o eixo orientador, com atividades desenvolvidas ao longo do curso.

O enfoque pedagógico do curso de Saúde Pública de 1985 inovou na metodologia do trabalho de campo, que foi construído ao longo da experiência de formação. E, finalmente, chama atenção sua clientela, cuja análise dos dados revela grande procura de alunos dos municípios do Rio de Janeiro. Entre os 241 alunos inscritos para a seleção, 230 eram vinculados a secretarias municipais de Saúde do estado, sendo que desses, 24 eram de Niterói, indicando uma movimentação especial no sentido da municipalização da saúde no âmbito estadual no Rio de Janeiro. Em 1980, o curso de especialização em Saúde Pública teve 96 candidatos, dos quais apenas dois eram vinculados à Secretaria Municipal de Niterói (Seca/Ensp, 1998). Vale ressaltar que esse curso se realizou no contexto de preparação da 8ª Conferência Nacional de Saúde e de realização das pré-conferências.

No que diz respeito aos conteúdos, como refere Paulo Buss, observou-se a junção das políticas de saúde com a estrutura do setor, o diagnóstico dos recursos em saúde e a história da saúde pública do Brasil, com certo aprofundamento acerca da discussão desse tema no Rio de Janeiro.

> *A Escola se assumiu como nacional. Ocorreu uma renovação conceitual e metodológica. Ela passou também a utilizar categorias explicativas muito mais ampliadas, do processo saúde-doença e suas intervenções. Incorporaram-se novas categorias analíticas. Passou a incorporar história e sociologia para a pesquisa e a intervenção.* (Paulo Buss. Entrevista concedida em 29/2/1998)

O bloco relativo ao planejamento/programação já absorveu a discussão de planejamento normativo x planejamento estratégico e buscou também oferecer conhecimentos sobre instrumentos gerenciais.

Durante todo o período, houve uma tendência à organização de cursos por blocos e áreas temáticas, esboçavam o recorte de temas por uma lógica interdisciplinar, ainda que se observe que as disciplinas continuaram sendo as unidades programáticas até o final do período.

O curso de Saúde Pública de 1989 se organizou também de uma forma inovadora, efetuando reuniões das disciplinas em torno dos fundamentos (1º bloco) e das práticas e ações (2º bloco). É possível destacar algumas disciplinas que se renovaram conceitualmente, como é o caso dos fundamentos da bioecologia e da vigilância sanitária, saúde do trabalhador e ecologia humana.

Quanto à clientela, manteve-se uma tendência de candidatos com origem municipal, com representantes de cidades como: Barra do Piraí, São João de Meriti, Duque de Caxias, Niterói, Petrópolis, Barra Mansa, Miguel Pereira e Volta Redonda (RJ); São João del Rei, Paracatu, Januária e São Francisco (MG); Arapiraca e Coruripe (AL); Barreiras (BA); São Luís (MA); Olivença (SP) São Paulo; Manaus (AM) e Natal (RN) (Seca-Ensp, 1998). A residência em Medicina Preventiva e Social passou, em 1989, a se chamar curso de residência em Saúde Pública. Em 1985 e 1989, ela assumiu uma estrutura mais disciplinar, aproximando-se das disciplinas do curso de Saúde Pública. Em 1985, a disciplina de práticas denominava-se práticas de serviços básicos de saúde e, em 1989, as práticas se diversificaram em saúde mental, vigilância epidemiológica, de serviços de saúde e de planejamento, indicando uma vinculação a novas linhas de trabalho da Escola. Também em 1989, a disciplina de Introdução à Metodologia de Pesquisa sistematizou a oferta dessa formação.

Os cursos de especialização em Epidemiologia, nesse período, dedicaram-se aos métodos e técnicas epidemiológicas, assim como à demografia básica, às doenças transmissíveis e não-transmissíveis. Em 1989, o módulo aplicado já abordava campos mais temáticos através das disciplinas de epidemiologia das doenças transmissíveis e epidemiologia aplicada ao planejamento de sistemas de saúde.

Os cursos descentralizados e a Abrasco: a evolução com avaliação

Nos primeiros anos da década de 80, a Ensp recuperou sua condição de Escola, perdida no período anterior, quando passou à categoria de Departamento de Recursos Humanos (Coutinho, 1980). Sob a coordenação de Ernani Braga, a Escola iniciou um programa de renovação intra-institucional e de realinhamento em relação ao Ministério e às demais instâncias do governo federal. De acordo com Arlindo Fábio:

> *A Ensp recupera a categoria de Escola, com Ernani Braga em 1983, e ele traz segurança. Ele era bem relacionado com o panorama internacional e insiste para que a Escola tire o 'mofo', dando oportunidades aos novos para que eles possam sair para fazer pós-graduação no exterior. Nesse tempo, Guilardo [Martins] estava na presidência, tinha sido vice-presidente de Vinicius [da Fonseca] com uma boa relação com a Escola. Ele trouxe o Ernani que intermediava uma relação favorável, com o Ministério [da Saúde].* (Arlindo Fábio G. de Sousa. Entrevista concedida em 5/4/1998)

Nesse contexto de maior estabilidade institucional, o Programa de Cursos Descentralizados da Ensp se expandiu para muitos estados, sendo potencializado pela atuação da Abrasco, que se inseriu no campo da formação com

inúmeras iniciativas voltadas para a discussão da política de saúde, para a produção científica, para a capacitação docente e para o aperfeiçoamento do ensino.[23] Nesse período, a Abrasco desenvolveu uma intensa atividade político-ideológica em parceria com o Cebes, a exemplo dos simpósios de Saúde da Câmara de Deputados, as conferências nacionais de Saúde e os congressos da Área de Saúde Coletiva (Rodriguez Neto, 1977), além da difusão técnico-científica e política, das produções elaboradas pela área, já analisadas por outros autores.

Em relação ao ensino, as atividades da Abrasco desempenharam um papel fundamental para os cursos de Saúde Pública Descentralizados, promovendo avaliações em parceria com a Ensp e permitindo, através dessa atividade, um aprofundamento das questões conceituais e metodológicas abordadas pelos mesmos. As reuniões também proporcionavam o intercâmbio entre as equipes dos cursos nos estados, e entre essas e os docentes da Ensp e de outros centros formadores convidados, criando dessa forma uma perspectiva favorável ao aperfeiçoamento do sistema de formação em expansão.

O Programa de Cursos Descentralizados realizou, no período, três seminários de avaliação, contando com a colaboração da Abrasco. Os encontros promoveram uma discussão fundamental, ora sobre as questões metodológicas e administrativas dos cursos, ora sobre a sua relevância para as políticas de saúde. Serviram ainda como fóruns de análise sobre fenômenos provocados pela inserção dos seus egressos na estrutura do estado.

O V Seminário, por exemplo, que correspondeu ao período de 1980 e 1981, já abordado por este trabalho, teve como questões principais o modelo e a dinâmica dos cursos modulares e a integração da teoria aos campos de prática dos serviços de saúde (Abrasco, 1983).

No VI Seminário, realizado em outubro de 1983, aflorou uma tensão entre o comando da Ensp e os estados, dadas as características de fortalecimento de algumas coordenações estaduais. Também, nesse período, no contexto da administração pública, o questionamento da centralização era uma bandeira dos estados. Esse era um conteúdo permanente das discussões de reorganização do Sistema de Saúde e elemento importante da programação dos próprios cursos (Abrasco, 1984).

As conclusões do seminário, no entanto, reafirmaram a importância do papel nacional exercido pela Ensp, com a observação de que a autonomia seria conquistada a partir de um corpo docente forte nos estados, o que deveria ser

[23] O documento preliminar de criação da associação aborda princípios básicos como: as condições de saúde da população e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, a formação de pessoal em saúde coletiva e a pesquisa no campo da Saúde Coletiva (Abrasco, 1982).

buscado através do processo de gestão dos próprios cursos (Abrasco, 1984). A respeito, conclui Arouca:

> *Eram cursos muito politizados, independentes da Secretaria de Estado. É claro que havia ascensão e queda de alguns e deslocávamos para outro lugar. Na medida em que eles foram se constituindo, eles criavam o inverso. Queriam poder; faziam parcerias regionais, e isso é fundamental. O novo na política é quando você não precisa mais do centro. A política é diversidade, e o centro é forte.*
> (Sergio Arouca. Entrevista concedida em 11/4/1998)

Compõem o relatório do VI Seminário, como anexos, alguns documentos de avaliação das secretarias de Saúde do Rio Grande do Sul, Minas Gerais e Rio Grande do Norte, onde aparecem considerações bastante díspares entre si, mas indicativas das avaliações que os gestores estaduais já faziam da inserção desses profissionais na estrutura estadual. Nelas estão considerados alguns elementos de avaliação dos cursos, com a menção do processo de inserção do sanitarista nos correspondentes estados, assim expressos nessa oportunidade: o representante da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul sugere uma proximidade maior do sanitarista com o nível local, advertindo que "é necessário que os técnicos adquiram conhecimentos e capacidades que os habilitem a executar as tarefas de prevenir e controlar doenças, a começar por um domínio seguro de fundamento científico das atividades desenvolvidas", recomendando em seguida, que sobre esses, "devem assentar-se os conhecimentos de Epidemiologia, Estatística, Planejamento e Administração" (Abrasco, 1984: 238).

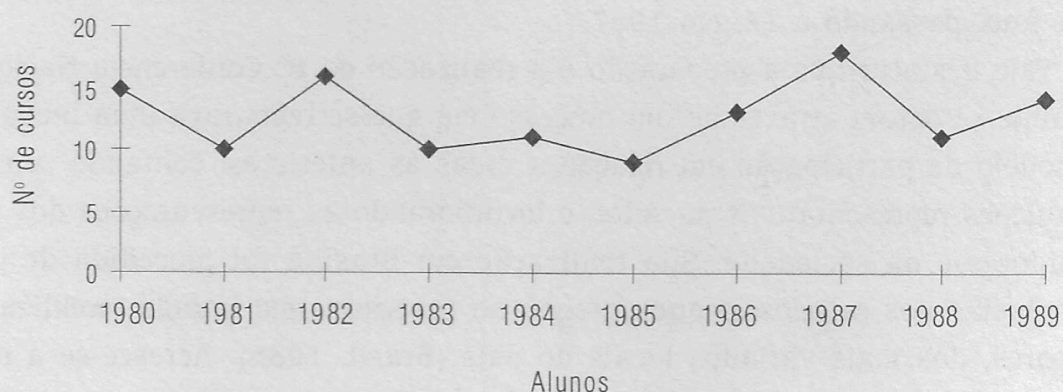
A representação da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais apresenta um estudo de egressos, em que se destaca a importância dos cursos para a expansão dos serviços naquele estado, mas conclui que a base de todos os seus questionamentos é o "desentrosamento entre as escolas de Saúde Pública e os serviços", ressaltando que, de um lado, "os cursos têm tido uma postura acadêmico-cêntrica, refletindo muitas vezes, em seu conteúdo, mais a visão de mundo dos seus coordenadores do que as necessidades reais dos serviços"; de outro, a incapacidade dos serviços, "de definirem projetos coerentes de trabalho, que permitam traçar os diferentes perfis de profissionais e transmiti-los às agências formadoras de recursos humanos, dentre elas, os cursos de Saúde Pública" (Abrasco, 1984: 240).

O terceiro e último documento foi apresentado pelo secretário estadual de Saúde do Rio Grande do Norte, que se refere ao curso de Saúde Pública Descentralizado como fator de integração da Secretaria com o Inamps e com a universidade. Destacou que o curso influenciou a rede de serviços e foi influenciado por ela. Lamentou não dispor de uma avaliação organizada de forma mais sistemática, contudo, ressaltou que esse profissional teve "um alto grau de compromis-

so social com o trabalho que se apresenta, que influencia grandemente o nível diferencial de desenvolvimento das diversas unidades". E concluiu que "finalmente, o secretário considera a importância do trabalho do sanitarista nas equipes regionais, razão que determinou a criação de um cargo privativo de vice-diretor da instância regional, privativo do sanitarista" (Abrasco, 1984: 243-244).

Vale destacar o conflito entre teoria e prática então sinalizado pelos participantes do Rio Grande do Sul e representado, por Minas Gerais, como um desentrosamento entre as escolas e os serviços – tema persistente nos seminários, pelo menos desde 1981. Merece também atenção especial a avaliação do comprometimento social dos egressos do curso e a criação do cargo de vice-diretor regional como privativo desse profissional, seguindo uma linha adotada pelo governo do estado de São Paulo na década de 70, ainda que, no caso do Rio Grande do Norte, o cargo privativo era de vice, o que pressupõe a existência do cargo de diretor regional preenchido por outros critérios.

Seja como for, os cursos descentralizados passavam por sucessivas avaliações e se expandiam. Em 1980, eram 15 cursos; em 1982, passaram a 16. A partir de 1983, sofreram um declínio até 1985, quando funcionavam 9 cursos. Esses números voltaram a crescer em 1986, com 13 cursos, chegando a 18 em 1987, como podemos observar no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Evolução do número de cursos descentralizados. Ensp – 1980-1989

Vale ressaltar que o período em que os cursos sofreram um aumento significativo e depois um declínio coincide com o processo de implantação das Ações Integradas de Saúdes-AIS, que perdurou de 1981 a 1984 (Cordeiro, 1991). Este processo surgiu acompanhado de um debate sobre o sistema nacional de saúde, já comentado anteriormente, que provocou apoios e oposições às idéias de reforma. O entusiasmo do ano de 1982, com 16 cursos, deu lugar a uma retração do número de experiências, descrevendo uma curva descendente, provavelmente convivendo com crises em alguns estados.

Um dos depoimentos faz referência à atuação do diretor da Ensp junto ao Ministério, diante da 'crise' no Programa dos Cursos Descentralizados, que parecia ser mais séria do que então se imaginava, sobretudo, tendo em vista o fato de que inúmeros problemas aconteceram nos estados e jamais foram relatados pelos coordenadores locais dos seminários. Observa-se, no entanto, o cancelamento dos cursos da Bahia, Piauí e Ceará, em 1983, e de Pernambuco, em 1984. Em 1985 nenhum curso descentralizado se realizou no Nordeste. A postura do diretor da Ensp, nos episódios relacionados aos cursos, relatados como 'crises', está referida por Arlindo Fábio. Apesar de todo volume da crise, ele atribuiu à habilidade de Ernani Braga, então diretor da Ensp, a manutenção dessas experiências.

> *Foram várias as fases de intermediação, mas a Escola já tinha sustentação. Na crise de Pernambuco, o Ernani foi fundamental. Choveram telegramas em Brasília, e o Ministério entendeu isso. A relação dos descentralizados dá maiores raízes de sustentação.* (Arlindo Fábio G. de Sousa. Entrevista concedida em 5/4/1998)

Ainda em 1982, iniciou-se uma diversificação dos cursos descentralizados com as áreas de epidemiologia, planejamento de saúde e odontologia social para os estados da Bahia, Piauí e Minas Gerais, respectivamente, tendência que se manteve em experiências diversificadas por essas e outras áreas temáticas, durante toda a década.

Em 1986, ano da 8ª Conferência Nacional de Saúde, foi retomado o crescimento do número de cursos descentralizados da Ensp, que chegaram a 13 nesse ano, passando a 18, em 1987.

Vale destacar que a preparação e a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde se deram através de um processo em que se registrava uma inovação no modelo de participação em relação a todas as anteriores, contando com as instituições representativas do setor, e incorporando as representações dos trabalhadores e da sociedade. Sua realização em Brasília foi precedida de pré-conferências nos estados, o que agregou ao processo uma grande mobilização de atores, dos mais variados locais do país (Brasil, 1986). Acresce-se a esse fato a realização de conferências específicas por temas estratégicos, também precedidas de pré-conferências. A atuação do pessoal da Ensp, já nos bastidores e na preparação desses eventos, foi importante. Segundo Arouca, "a Ensp participou da 8ª Conferência com teorização e organização das pré-conferências; os professores viajavam e documentos básicos eram preparados" (Sergio Arouca. Entrevista concedida em 11/4/1998).

Um fato novo surgia no processo de descentralização da formação de sanitaristas. Havia possibilidade de que um novo ator, além da Ensp, desempenhasse um papel de cooperação com a formação de sanitaristas para os

serviços de saúde, de forma também descentralizada. Ocorre que, por solicitação do secretário municipal de Saúde de São José dos Campos, em 1987, a FSP/USP aprovou o curso de Saúde Pública Regionalizado (Processo n. 127/87-AAFSP) e realizou dois cursos nesse município, nos anos de 1987 e 1989.

Vale destacar que o secretário de Saúde daquele município tomou conhecimento dessa possibilidade através do Catálogo de Pós-Graduação da Abrasco, e, tendo procurado a Ensp, foi aconselhado a dirigir a sua solicitação à FSP/USP, onde seu pedido recebeu um parecer de apoio de um dos docentes, destacando que estava "na ordem do dia do movimento sanitário brasileiro a municipalização dos serviços de saúde, que certamente será fortalecida quando a nova Constituição Federal estabelecer que maior volume dos tributos será destinado aos municípios" (Ofício 291/87/SMS). Nesse mesmo parecer, o relator destacou o quadro numérico de pessoal de São José dos Campos considerando essa solicitação, "um passo à frente na municipalização do sistema de saúde daquele município". E sugeriu que a Faculdade assumisse o apoio a esse curso "em face do desafio do momento histórico que atravessamos" (Processo n. 127/87-FSP). Sugeriu também a organização de uma comissão interdepartamental, que passou a ser responsável pelo curso na Faculdade. As suas prescrições foram posteriormente aprovadas pela coordenação de ensino da instituição, iniciando-se a sua execução.

Em 1986 realizou-se o VII Seminário de Avaliação dos Cursos de Saúde Pública, que discutiu o avanço dos cursos oferecidos pela iniciativa privada, na esteira da retração ocorrida em alguns estados, e reconheceu o aprofundamento da municipalização do sistema de saúde e também o avanço da estratégia das AIS (Abrasco, 1988).

Essa reunião se realizou após os resultados da 8ª Conferência, e seus participantes sugeriram a revisão dos programas de cursos à luz dos seus resultados, com a incorporação da questão hospitalar, da municipalização, da vigilância sanitária e do meio ambiente.

Foram mais uma vez tratadas as questões metodológicas, envolvendo os cursos modulares que, nessa oportunidade, foram avaliados como inadequados pela sobrecarga de trabalho dos alunos no seu período de dispersão. Também foi considerado desejável o agrupamento de disciplinas em áreas temáticas, tendência que foi se tornando muito utilizada pelos cursos da Ensp.

Tomando em conta o contexto de reformulação do Sistema de Saúde, os participantes do seminário também se posicionaram pelo reforço às Ações Integradas de Saúdes, elegendo a Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS) como fórum privilegiado (Abrasco, 1988).

Do ponto de vista do mercado, foi a "Carta do Sumaré" o produto de caráter político dessa reunião, que encaminhou a reivindicação de que o setor público

considerasse apenas os egressos de cursos públicos para o preenchimento de suas vagas, como forma de coibir os cursos privados, então em ascensão.

No âmbito da relação Ensp x estados, foi apresentado na reunião, pela Coordenação Nacional de Cursos Descentralizados da Ensp, um documento em que se propunha uma retração do papel coordenador da Escola, com a valorização de outros centros que poderiam passar a dar um apoio técnico aos cursos que ainda precisassem, passando então a Ensp a realizar outros papéis como o de capacitação docente. Os participantes rejeitaram a proposta e propuseram, inclusive, a sua ampliação (Abrasco, 1988).

Em 1987, realizou-se mais um evento dedicado à avaliação dos cursos descentralizados, dessa vez, em uma iniciativa que se inseria no Encontro Nacional de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Reforma Sanitária, englobando as avaliações da pós-graduação *lato* e *stricto sensu*.

Na ocasião, o eixo da avaliação não se centrou apenas na relação ensino/serviço, ou Ensp/estados, presentes nas reuniões anteriores, mas também na relação *lato/stricto sensu* e, nessa perspectiva, o grupo sublinhou a sobrecarga que a formação de recursos humanos impõe às instituições acadêmicas, causando "certo esvaziamento da pós-graduação *stricto sensu* e interfere na produção científica e na formação de quadros docentes", e sugeriu que se priorizasse "a função precípua de mestrado e doutorado" (Abrasco, 1988: 125).

No que se refere ao Programa de Cursos Descentralizados da Ensp, esse seminário reforçou a pertinência dos cursos básicos de Saúde Pública, mas sugeriu que os mesmos deveriam ser reformulados "à luz das exigências impostas pela Reforma Sanitária", ressaltando "a urgência de serem oferecidos cursos de treinamento com reduzida carga horária (em relação ao básico), com conteúdos específicos e que pudessem oferecer um retorno rápido para a organização e a prestação de serviços" (Abrasco, 1988: 133).

Finalmente, a avaliação considerou que a relação entre a Ensp e os estados deveria incluir como parceiros privilegiados a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e, principalmente, a Abrasco, no sentido de superar a relação convenial até então existente e avançar para a elaboração de um Plano Estratégico de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde Coletiva, em nível de especialização (Abrasco, 1988).

Dessa forma, observa-se no final da década de 80, uma perspectiva de alteração da modalidade de relação estabelecida historicamente entre a Ensp e os estados, considerado o fortalecimento de outras instâncias articuladoras do Sistema de Saúde, como a Ciplan e o Conass, e a relevância da Abrasco, como entidade que passava a ser reconhecida pelo trabalho desenvolvido durante toda a década de 80, na organização da pós-graduação, na formação de docentes e na articulação entre ensino e serviço de saúde (Abrasco, 1988).

É possível observar, nesse período, uma expressiva atuação do Programa de Cursos Descentralizados da Ensp. Nos primeiros anos da década de 80, suas avaliações passaram a ser realizadas em associação com a Abrasco, aumentando a capacidade de interlocução dessa programação com outros atores vinculados à associação, através de reuniões temáticas da saúde pública, ou de avaliações do ensino e da pesquisa no campo. Ainda que essa investigação não tenha avaliado efetivamente a participação docente nesses eventos, observa-se que a forma de organização das reuniões e cursos da Abrasco, bem como suas atividades de incentivo à produção acadêmica e de difusão do conhecimento favoreceram a participação e o desenvolvimento dos docentes nas questões relacionadas à pesquisa em saúde pública.

O encontro entre os serviços e o ensino: muda o sistema de saúde e muda a formação

Discutimos que, no início da década de 70, as escolas de Saúde Pública formavam sanitaristas para um mercado de trabalho restrito, organizando seus cursos de Saúde Pública e de Planejamento do Setor para atender demandas imediatas de serviços de saúde pública do governo federal e de algumas secretarias estaduais de Saúde.

Nesse período, operaram-se mudanças no ensino médico, interferindo nas práticas das faculdades de Medicina, através de seus departamentos de Medicina Preventiva, alcançando também os serviços de saúde, que deveriam absorver as atividades de integração docente-assistencial.

A reforma universitária se implantou no final da década de 60, mas não se completou na FSP/USP, mantendo o Departamento de Ciências Básicas no mesmo espaço de educação para a saúde pública.

A reforma administrativa se expressou através do Decreto-lei n. 200/67, recomendando uma nova ordem institucional para a administração pública, abrindo espaço, na década de 70, para a formação do sanitarista-administrador de serviços de saúde.

A Ensp e a FSP/SP apresentavam condições internas peculiares para vivenciar suas relações com o mercado de trabalho, que, aos poucos, foi mudando de característica, na esteira de atualização do setor saúde.

A FSP/USP se apresentou, desde o início do período estudado, com uma programação de cursos de Saúde Pública por categorias profissionais. Esta programação convivia com o mestrado e doutorado, também institucionalizado e integrando suas disciplinas com as linhas de atuação dos departamentos.

A Ensp iniciou a década de 70 recuperando-se de uma crise institucional que resultou na demissão de parte de sua equipe. Entre os remanescentes desta

crise estavam sanitaristas com experiência ligada aos serviços de saúde e solidez de conhecimento nessa área e jovens docentes, com os quais compartilhavam experiências internas de trabalho, produzindo inovações no campo pedagógico e político. Nessa direção, surgiram os cursos de especialização em Saúde Pública com características variadas (epidemiologia e planejamento e administração) e o Programa de Cursos Descentralizados, que se iniciou com dois estados, expandindo-se para todo o país durante as décadas de 70 e 80.

A partir da segunda metade da década de 70, estímulos internos e externos favoreceram modificações de ordem programática em ambas as escolas, criando as bases sobre as quais vão se assentar as articulações desses dois núcleos com as políticas de saúde e educação, produzindo e processando demandas que vão se refletir no seu potencial de colaboração com o sistema de saúde e na reformulação de seus programas de cursos, que passaram a absorver os conteúdos dos debates e de reformulações do sistema de saúde.

As características pessoais, profissionais e políticas de cada uma das equipes estabeleceram possibilidades de relações com grupos externos, resultando, para a Ensp, na possibilidade de incorporação de um outro grupo com experiência acadêmica, proveniente da área de medicina social, o que permitiu a reconfiguração do grupo original.

O grupo vindo de São Paulo, então absorvido pela Ensp, apresentava características de formação e experiência na área de pesquisa. A absorção se deu num contexto em que o governo brasileiro decidia apoiar o campo da ciência & tecnologia, favorecendo a aproximação da Fiocruz com a Finep, instituindo assim uma linha de financiamento que possibilitou a realização dos projetos Peses/Peppe, cujos resultados incluíram a capacitação e a incorporação de novos docentes na Ensp e outros centros colaboradores. Além disso, foi um ambiente favorável à sistematização e rediscussão de conteúdos da saúde pública tradicional, com a formulação de novos conceitos que passaram a fazer parte do cotidiano do ensino e da pesquisa da saúde pública brasileira.

No final da década de 70, implantou-se também a residência em Medicina Preventiva e Social como uma opção multiprofissional para incorporar os recém-formados no esforço de preparação de pessoal de saúde para os serviços de atenção. Na prática, constitui-se também como uma estratégia de formação de docentes, sendo sua formação dividida entre as práticas de saúde e as experiências de pesquisa relativas à assistência e aos serviços de saúde da Ensp.

Na FSP/USP estabeleceu-se uma aliança com a Secretaria de Saúde do estado, com a colaboração decisiva do Ministério da Saúde, em torno da qual se permitiu a formação em massa de sanitaristas para atuar nas unidades de saúde de São Paulo. Na prática, esta aliança resultou na incorporação, pela

Secretaria de Estado, de um grupo de profissionais inseridos também em outros níveis do sistema, passando a compor, por alguns anos, o quadro assessor do secretário de Saúde.

Entusiasta do fortalecimento dos serviços básicos e da carreira de sanitaristas como base de uma reforma que privilegiaria essa porta de entrada, o secretário de Saúde, por duas gestões, promoveu a ampliação do mercado de trabalho, fortaleceu e ampliou a relação da Secretaria com a FSP/USP, que, na década de 80, retrair-se-ia após o encerramento da programação de cursos de especialização em Saúde Pública para nível local.

Todas estas propostas mais progressistas conviviam com um modelo de atenção à saúde, vigente em todo território nacional, que concentrava poder e recursos financeiros no Ministério da Previdência e Assistência Social, ainda que o Ministério da Saúde estimulasse experiências inovadoras, pela via da atenção primária, e por esse caminho, tenha estabelecido alianças com os movimentos internacionais de reformas do setor e, no plano interno, com as secretarias estaduais de Saúde e com as universidades. Esse percurso, intensificado na segunda metade da década de 70, resultou na realização da 7ª Conferência Nacional de Saúde, já no início da década de 80. Avolumavam-se as discussões em torno de mudanças no Sistema de Saúde, pelo fortalecimento do setor público através da atenção básica.

No plano político, a efervescência nas políticas de saúde causada pelo acirramento das contradições do modelo de assistência à saúde defendido pelo governo militar mobilizou parte do movimento docente que, com o apoio de profissionais dos serviços que também problematizavam essas questões, se organizaram em torno de duas entidades, o Cebes e a Abrasco. Com características diferentes, mas complementares, elas passaram a atuar no encaminhamento político de questões relativas ao andamento das políticas de saúde e de educação em saúde pública, abrindo espaços para uma atuação político-acadêmica organizada e propositiva. Seus movimentos permitiram a sistematização de idéias e a discussão de propostas políticas que subsidiariam eventos constituídos nos espaços formais do Executivo e Legislativo, onde os centros de formação em saúde pública passaram a ser representados por esses novos atores sociais.

Na década de 80, aprofundaram-se as contradições do modelo de atenção, avançou a produção científica no meio acadêmico sobre as questões da política de saúde e expandiu-se a formação em saúde pública por todo o país. Os cursos descentralizados, através da assinatura de convênios, associavam-se a universidades instaladas em diferentes estados. A meta era a realização de programas de capacitação de recursos humanos que, através dessa articula-

ção, poderiam ser enriquecidos diante do acesso aos produtos das pesquisas realizadas por esses centros universitários e pelas escolas de Saúde Pública.

Os sistemas estaduais de saúde se organizaram e, em função da complexificação de suas práticas, o Programa de Cursos Descentralizados da Ensp diversificou a oferta de especializações, além do curso de especialização em Saúde Pública, notadamente nas áreas de planejamento e epidemiologia.

A idéia do fortalecimento da atenção básica, pactuado na 7ª Conferência Nacional de Saúde, em 1980, deu origem à formulação do Prevsaúde. Este programa, amplamente debatido por representações sindicais, associativas e patronais, não conseguiu aprovação no interior do governo. A tensão se estabelecia pela discussão entre estatização e privatização da assistência à saúde. Pelo amplo debate que se desenvolveu em torno do Prevsaúde, não aprovado, o governo editou o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde, conhecido como Plano Conasp, que recomendava medidas racionalizadoras, também debatidas nos programas de ensino, no meio sindical e associativo.

As AIS surgiram no interior da previdência social, propondo medidas de integração entre as instâncias prestadoras de serviços e se oferecendo como espaço de debate das políticas de saúde, o que facilitou o avanço da discussão sobre o sistema de saúde, em relação às propostas editadas pelo Plano do Conasp. As AIS também possibilitaram uma discussão sobre planejamento integrado de recursos, o que a médio e longo prazos, permitia que, nos colegiados, Ciplan, CIS, Cims (Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde) e Clis (Comissão Insterinstitucional Local de Saúde) fossem politizadas as questões que definiam a distribuição de recursos financeiros e de poder no setor saúde. No plano da organização, as AIS criaram uma base de estrutura gerencial de caráter colegiado, avançando no modelo de gestão pública do sistema de saúde.

Os embates político-ideológicos e as construções técnicas e políticas resultantes de cada uma das etapas de implantação do sistema de saúde foram incorporados ao cotidiano dos cursos de formação de sanitaristas, em suas diversas modalidades, e passaram a ser matéria de construção de novas disciplinas, que também foram estimuladas pelos resultados das pesquisas realizadas pelos programas de pós-graduação em saúde pública, que funcionavam desde 1977 em ambas as escolas, com algumas interrupções na Ensp.

As modificações que se estabeleceram nas áreas de planejamento/administração e epidemiologia podem ser observadas na organização dos conteúdos disciplinares, assim expressos ao longo das duas décadas. Até 1980, a administração se estrutura sob a forma de administração geral, administração sanitária, e administração em saúde pública; no período de 1981 a 1989, ela parece incorporar problemas e desafios colocados pelo processo de organização dos serviços de saúde, tomando as seguintes denominações: administração de

serviços, administração de hospitais e centros de saúde, rede de serviços, administração geral e pública, administração pública e gerência nas instituições públicas do setor, teorias organizacionais e funções do processo administrativo em organizações complexas e áreas críticas da gerência de serviços de saúde.

O componente de planejamento evoluiu, entre 1980 e 1985, com a incorporação de temas como: regionalização, níveis de assistência, planejamento e programação, planejamento dos serviços de saúde, métodos e técnicas de planejamento, diagnóstico dos serviços, projetos, regionalização e administração de saúde.

De 1985 a 1989, as disciplinas assumiram um formato que absorveu a relação entre a política geral e a política setorial de saúde, com um aprofundamento das questões de planejamento, incorporando as seguintes configurações: análise da estrutura organizacional e oferta de serviços, planejamento e programação dos serviços de saúde, políticas setoriais e sua relação com a política geral, reforma administrativa, enfoque estratégico do planejamento, rede de serviços, acessibilidade, custo x benefício, formulação de metas físicas, acompanhamento e controle, planejamento e gerência das instituições do setor.

Até 1985, a epidemiologia organizou seu bloco de disciplinas em torno de métodos e técnicas para o trabalho epidemiológico, demografia e doenças transmissíveis e não transmissíveis. Entre 1986 e 1989, observa-se uma aproximação com a área de planejamento, expressando-se na incorporação da disciplina de epidemiologia aplicada ao planejamento de sistema de saúde.

Um movimento político-acadêmico se estabeleceu através da Abrasco, alimentado por freqüentes reuniões de avaliação de programas de ensino e pesquisa e de capacitações docentes, das quais também participaram docentes dos cursos de especialização, permitindo a absorção de novos conteúdos derivados da pesquisa, na categoria de cursos *lato sensu*.

Na Abrasco, os cursos de especialização em Saúde Pública e a residência de Medicina Preventiva e Social asseguraram seu espaço com avaliações específicas, que favoreceram a integração entre docentes, coordenadores de cursos e representantes dos serviços, permitindo também avaliar a contribuição dessa categoria de cursos para a prestação de serviços de saúde.

Na segunda metade da década de 80, a Ensp passou também a oferecer cursos internacionais, mantendo sua estrutura tradicional de cursos de Saúde Pública, residência em Medicina Preventiva e Social e outras especializações, que configuram as subáreas da saúde pública.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde estabelece-se como um diferencial, na perspectiva de organização de uma nova ordem institucional para o sistema de saúde brasileiro. A comissão coordenadora tomou como definição que sua dinâmica deveria permitir uma ampla consulta sobre o modelo de sistema de

saúde, e que as representações dos participantes deveriam refletir o pensamento de técnicos e dirigentes, mas também de docentes, de usuários organizados em diferentes representações, de representantes da classe política, de trabalhadores do setor, entre outros (Brasil, 1986). A representação do setor privado, também convidada para o evento, como potencial formuladora da proposta, não compareceu à conferência.

Vale destacar que os centros de formação de recursos humanos em saúde pública se fizeram presentes desde as pré-conferências, contribuindo com palestras, elaboração de textos, relatórios e participações em mesas-redondas da 8ª Conferência e das conferências de temas específicos que se realizaram posteriormente, estabelecendo uma conexão importante entre a produção de conhecimento acumulada nesses espaços e a realidade técnica-política que conformava o cotidiano dos serviços de saúde. A participação e contribuição do pessoal da Ensp, segundo Paulo Buss, foi uma demanda tanto do presidente da Fiocruz, Sergio Arouca, como do próprio Ministério da Saúde, na figura do ministro Carlos Santana:

> *Toda a equipe foi convidada pelo Arouca. Ele era presidente da Fiocruz e o ministro o convidou para coordenar a conferência. A participação da Ensp estava ligada à definição de ampla divulgação. Fomos animadores, preparamos textos e fizemos palestras. Era um momento de muita esperança pela saída da ditadura e entrada de um novo governo.* (Paulo Buss. Entrevista concedida em 28/3/1998)

No âmbito do Executivo, foi instalada a Comissão Nacional de Reforma Sanitária para dar encaminhamento a estudos que subsidiassem o encaminhamento das resoluções da conferência, e que mais uma vez contou com a participação efetiva de representantes da academia na formulação dos estudos e na articulação com estados e municípios, como descreve Arlindo:

> *A Comissão Nacional de Reforma Sanitária deu legitimidade aos resultados da 8ª Conferência. Aí retomamos o diálogo com o setor privado, rompido antes da 8ª Conferência, no Simpósio da Câmara de Deputados. Mais uma vez o papel da Fiocruz e da Ensp foi importante. Trabalhávamos com categorias que tínhamos. Cristina Possas ficou responsável pela composição dos grupos de trabalho. Tínhamos uma boa interlocução com o secretário geral, que era um ex-aluno da Ensp. Foram importantes o Cebes e a Abrasco. Fizemos uma reunião em cada estado e fomos ganhando adesão.* (Arlindo Fábio G. de Sousa. Entrevista concedida em 5/4/1998)

Ainda em 1987, implantou-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), como uma continuidade à estratégia até então adotada pelas AIS. "O projeto estratégico da Direção Geral do Inamps na fase pós-8ª Conferência foi o de ampliar geograficamente a abrangência das AIS, ao longo do ano de

1986, e avançar nas medidas técnico-gerenciais iniciadas no ano anterior" (Cordeiro, 1991: 93). De formulação polêmica, a proposta do Suds foi considerada "a inampsação da saúde" por setores progressistas da saúde, mas "representava uma mudança qualitativa das AIS como estratégia-ponte", entre a 8ª Conferência e a regulamentação definitiva do SUS em 1990 (Cordeiro, 1991: 94).

A via parlamentar foi um outro caminho que mobilizou o encontro entre o pensamento acadêmico e as políticas de saúde. Nesse processo, as escolas se fizeram representar por um novo fórum, a Plenária da Saúde, que reuniu representantes dos trabalhadores do setor saúde, dos centros formadores, dos serviços de saúde, e do movimento profissional e sindical, discutindo pontos que viessem subsidiar a ação dos parlamentares, no sentido da incorporação das propostas que viriam a compor o Sistema Único de Saúde brasileiro. Fruto desse trabalho, a Constituição de 1988 reconheceu a saúde como direito de todos e dever do Estado, princípio que orienta a concepção de Sistema Único aprovada pela Lei n. 8.080, em 1990.

Considerações Finais

Muda o ensino, mudam as instituições e nasce um novo sistema de saúde

Ao longo deste livro, procuramos compreender, de alguma forma, a estreita relação entre ideologia, política e a reforma sanitária no país. Vimos que o processo de reforma no setor saúde se desenrolou em um ambiente político tenso, marcado pelas agruras do regime militar instalado no país no final de março de 1964. A partir do contexto mais amplo de reorganização dos serviços de saúde no país, das mudanças teórico-pedagógicas oriundas do campo da educação, da capacidade de articulação de diferentes atores sociais em função de objetivos, mais ou menos, consensuados, inclusive em torno da necessidade de retomada da democracia no país, foi possível avançar rumo a mudanças consideradas fundamentais no padrão de formação de pessoal de saúde. Neste segmento retomaremos algumas contribuições e reflexões que recuperam parte da história do ensino da saúde pública no Brasil.

Em cada uma das etapas analisadas, estiveram presentes as diferenças de natureza político-ideológicas entre grupos de poder que atuavam no interior das instituições, de forma a influenciar a definição de políticas de saúde e produzir repercussões no ensino da saúde pública. Em diferentes conjunturas, essa luta adquiriu especificidades e variações, quanto à correlação de forças entre esses grupos. Nela, a aprovação da Lei do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, não representou apenas a conquista de uma saúde pública democrática, mas a sua aprovação pode ser considerada a finalização de uma etapa em que os pólos do ensino e do serviço estiveram representados por atores com capacidade de influenciar mudanças que, através de estratégias variadas, foram capazes de gerar alternativas de crescimento de ambos os setores, de forma articulada à meta maior da democratização.

As posições desses atores sociais, quanto à relação do ensino com o serviço, estabeleceram condições para que a Escola Nacional de Saúde Pública

(Ensp) e a Faculdade de Saúde Pública (FSP/SP) se engajassem em um movimento de renovação com posições diversas. Suas formas de expressão permitiram a renovação de estratégias comprometidas com as demandas do Estado e da sociedade, dadas as características de cada uma das escolas.

Nas frestas do poder, a reforma possível...

Os processos aqui analisados configuram um movimento que não pode ser considerado apenas setorial. Estava em andamento, a partir dos anos 70, um processo político de luta pela saúde e pela democracia, no interior do qual a relação entre o ensino e o serviço se inseriu com mecanismos próprios, ainda que articulados a essa dimensão política mais ampla.

A partir de um campo político-ideológico progressista, que amparou os mais variados atores sociais, engendraram-se projetos de identidade com a questão da saúde e da democracia, que muito beneficiaram a proposta de reorganização qualitativa na formação de pessoal de saúde no país. Algumas dessas propostas tiveram como melhor expressão as estratégias de cursos e as articulações de projetos da Ensp e da FSP/USP, cada qual com suas expressões peculiares, dadas as características de cada um dos grupos e instituições.

Os momentos políticos que recortaram os chamados anos de chumbo, dessa forma, parecem sugerir desafios e possibilidades aos movimentos de atores sociais, inclusive no ensino da saúde pública. Contudo, estes foram capazes de desenvolver uma gama de experiências que evoluíram para alguns processos associativos que se traduziram, por sua vez, em propostas de trabalho no interior das programações de cursos, de projetos especiais de ensino ou de pesquisa, e nas estratégias políticas que se construíram nas diferentes conjunturas.

De 1970 a 1975, na Ensp, o potencial associativo se revelou mais efetivo nas programações de cursos, expressando-se no interior dos órgãos de ensino em projetos de cursos construídos através de estratégias participativas, e em tímidas parcerias com outras instituições de ensino, como a Fundação Getulio Vargas. De qualquer modo, já em 1975, quando se implantou o Programa de Cursos Descentralizados, observamos naquela instituição uma característica mais expansiva e politicamente diferenciada.

Nesse mesmo período, os movimentos da FSP/USP foram mais voltados para sua programação interna, com exceção de um curso realizado em Brasília, estabelecendo um canal entre a sua produção e a formação de recursos humanos para a administração hospitalar naquela cidade.

A segunda metade da década de 70 pode ser considerada como uma fase em que cresceram as insatisfações da sociedade como um todo com a condução política e econômica do governo. Esta insatisfação também favoreceu a

politização das questões da saúde e estimulou o questionamento às políticas do setor, principalmente aquelas relacionadas à previdência social.

O período também foi fértil de medidas editadas por esse próprio governo, via Ministério da Saúde. Através de políticas que podem ser consideradas compensatórias, dadas as condições mais estruturais que geravam as insatisfações na sociedade, esse ministério estimulou a construção de projetos que favoreceram a aproximação do ensino da saúde pública com os serviços de saúde. As escolas, através dessas programações, passaram a ser reconhecidas como espaços de poder técnico e político no tocante a esta questão.

As experiências de serviços ligadas ao ensino, identificadas com a estratégia do governo, voltavam-se para a expansão do sistema de saúde e, principalmente a partir de 1975, possibilitaram o surgimento de conexões entre grupos, dentro e fora das estruturas governamentais, a partir das quais se estabeleceu um caminho político que foi adotado por alguns atores na busca de ocupação de espaços. Com instrumentos e ações, esses diferentes personagens passaram a considerar a existência dessas conexões para traçar estratégias e incorporar novos atores sociais.

Uma tendência associativa parece se configurar na relação ensino/ensino e ensino/serviço, e pôde ser observada em todos os períodos cobertos por esse trabalho. Ela está evidenciada em alguns projetos de ensino, de ensino/pesquisa e de ensino/serviços do período. A tendência associativa pode ser caracterizada pela capacidade que têm os grupos ou as pessoas de se unirem e estabelecerem conexões que organizam objetivos comuns, cuja meta procurava sempre se situar no campo dos resultados concretos.

Nessa perspectiva, no campo do ensino, merecem destaque: o curso de Saúde Pública da Ensp com a Fundação Getulio Vargas, em 1970, em parceria estabelecida na disciplina de Administração; o Programa de Cursos Descentralizados criado pela Ensp, em 1975; os Cursos Descentralizados de São José dos Campos, realizados em 1987 e 1989 pela FSP/USP; as iniciativas de cursos fora da sede, promovidas por essa faculdade desde a década de 70; o conjunto de cursos de especialização em Saúde Pública de Nível Local, para médicos, ministrados pela FSP/USP em parceria com a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e com o Ministério da Saúde; e o Programa de Apoio às Residências de Medicina Preventiva e Social (PAR), no convênio com o Ministério da Saúde e o Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social (Inamps) do Ministério da Previdência e Assistência Social (décadas de 70 e 80). No campo da pesquisa destacamos o Programa de Estudos Econômicos e Sociais (Peses), na relação com outras universidades, no subprojeto sobre os departamentos de Medicina Preventiva (década de 70).

No âmbito dos serviços, o Projeto Montes Claros, na articulação com a Ensp, a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e com outras instituições prestadoras de serviços; o Ppreps, na associação com o Piass, com as secretarias de Estado e com os cursos descentralizados, na década de 70; a estratégia das AIS, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, as conferências específicas por áreas temáticas, e o movimento pela saúde na Constituinte, na década de 80.

Como fatores de potencialização da tendência associativa, relacionados às atividades políticas e acadêmicas, identificamos o Cebes e a Abrasco como atores institucionais que emergiram do movimento de renovação do ensino, atraindo, para o seu campo de atuação, conteúdos técnicos e políticos articulados ao ensino da saúde pública em uma intensa atividade de discussão, processamento e difusão envolvendo as escolas, que também passaram a ser influenciadas por essa interação.

É possível observar que a ação entre esses atores, nas duas décadas, está identificada com movimentos mais globais em favor de mudanças na sociedade e no Estado, o que também lhes conferiu uma postura crítica diante dos seus objetos de intervenção, sejam os serviços de saúde, as entidades relacionadas ao ensino ou a academia. Eles foram capazes de mobilizar a adoção de estratégias de natureza política, cuja tendência associativa também se evidenciava nos simpósios de Saúde da Câmara de Deputados, nos eventos promovidos pela Abrasco, na 8ª Conferência Nacional de Saúde e na mobilização pela saúde na Constituinte.

Vale considerar a existência de outros grupos de pressão, no sentido da manutenção do *status quo*, configurando uma tensão que aparece estabelecida no plano técnico, político e ideológico, manifestando-se em oposições às iniciativas de renovação do ensino e do sistema de saúde como um todo e que são também transformadas em conteúdos de ensino e pesquisa elaborados pelos centros de formação.

Um exemplo concreto dessa oposição foi a tentativa de desestabilização das residências em Medicina Preventiva e Social no ano de 1981, quando os órgãos financiadores representados pelo Inamps/MPAS investiram na transformação de sua proposta original, através de uma formulação mais identificada com um "movimento ideológico patrocinado por agências internacionais e locais – a Medicina de Família", reeditando "um novo-velho projeto de reforma médica denominado de Medicina de Família, já àquela altura, com o apoio de fundações estrangeiras, da Federação Pan-Americana de Faculdades e Escolas de Medicina (Fepafem) e da própria Abem" (Paim, 1986: 119).

Como vimos, a reação organizada, exercida pela Abrasco, veio da capacidade de articulação do conjunto das residências que optaram pela preservação do modelo anterior, resultando na Resolução 16/81, que representava:

> a legitimação de certos espaços de prática em termos de saúde coletiva (...) [reforçando] as tendências racionalizadoras e teórico-críticas, aparentemente mais próximas da realidade da conjuntura política de saúde (...) [propiciando, ainda] toda uma reflexão sobre a formação de recursos humanos em saúde coletiva. (Paim, 1986: 120-121)

Um segundo caminho parece ter se estabelecido nos movimentos que permearam as ações técnico-políticas apresentadas nos resultados desse trabalho. Trata-se da ocupação de espaços burocráticos, tática de cunho político, aqui referida como uma estratégia de atuação de pessoas ou de grupos para alcançar territórios não ocupados, com o objetivo de construir viabilidade ou firmar posições. Esta estratégia foi capaz de alcançar determinados objetivos predefinidos.

Nessa dimensão, inscrevem-se as experiências como o Ppreps, o Piass e as AIS, que se conformaram como projetos estratégicos nos vários níveis do sistema de saúde, apresentando, inclusive, conteúdos de articulação com o ensino da saúde pública. Estes programas foram espaços concretos capazes de produzir frutos de articulações peculiares em cada uma das instituições consideradas em seu escopo.

Identificou-se, na Ensp, maior capacidade de gerar e absorver projetos inovadores que pode estar relacionada ao seu baixo grau de estruturação das atividades finalísticas naquele período. Em parte, decorrente dos baixos salários praticados no início da década e, de outra, de uma crise institucional que resultou na demissão de integrantes do seu quadro funcional no final da década de 60. Em todo caso, evidenciou-se, nesta Escola, uma seqüência de esforços que redundaram na renovação do ensino, cujos resultados foram potencializados pelas definições geradas pelas políticas de governo, principalmente em relação à saúde e à ciência e tecnologia.

Na FSP/USP, não houve referência a crises ou rupturas de ordem política que viessem a interferir na regularidade de sua programação durante todo o período estudado. Ao contrário, a instituição apresentou uma oferta regular de cursos da pós-graduação *lato* e *stricto sensu* e uma convivência permanente entre o curso de formação de sanitaristas proposto pela Secretaria de Saúde de São Paulo e o curso de especialização em Saúde Pública tradicional. Suas programações revelaram uma estabilidade de linhas de abordagem, expressa no conjunto das disciplinas obrigatórias específicas, que sugerem uma relação com a atividade de pesquisa dos departamentos.

A relação das escolas com as programações parece se identificar com o que reconhece Testa, quanto à existência de uma dupla determinação na estrutura das instituições: a histórica e a atual. Para ele, "quanto maior for o peso da determinação histórica, maior será o conservadorismo (interno) de uma instituição; quando predominar a determinação atual, será maior a adaptabilidade institucional a situações novas ou mutáveis" (Testa, 1992: 113).

No nosso entendimento, a "determinação atual" predominante na Ensp constituiu o espaço aberto para o surgimento de novos projetos e programas como o Peses, a Residência de Medicina Preventiva e Social e o Programa de Cursos Descentralizados. Permitiu também uma renovação na equipe, com a incorporação do grupo de Campinas, na década de 70, e a contratação dos egressos de sua própria residência em Medicina Preventiva e Social, na função docente na década de 80. O predomínio da "determinação histórica" parece se identificar mais com a estabilidade da FSP/USP.

Vale destacar que os resultados dos projetos, para as escolas, não se reduzem a avaliações formais, no que diz respeito às suas funções de ensino ou de realização de programas de cursos concluídos para um determinado número de alunos, mas, principalmente, pela sua capacidade de mobilizar atores sociais em torno do ensino *lato sensu*. Nesse sentido, ganha dimensão o que refere Testa (1997: 60), quando afirma que nas Instituições "não há atores legitimadores pré-formados". Para o autor, o elemento central da construção de viabilidade de um projeto corresponde à contribuição atribuída por uma liderança, que se constrói como sujeito social.

Ainda que outros fatores tenham influenciado mudanças nos programas de cursos da Ensp, é possível identificar, a partir dos projetos de ensino e de pesquisa desta Escola, iniciados a partir de 1975, resultados mais amplos quanto ao aprofundamento de suas características como centro de profissionalização. A Ensp passa a diversificar suas especializações, recortando-as por subáreas da saúde pública, a exemplo da epidemiologia e do planejamento, que, por sua vez, se desdobraram em outras áreas nos períodos subseqüentes. Os depoimentos e a revisão documental também revelaram que os projetos permitiram a construção de atores atuantes no exercício de uma liderança viabilizada pelos desdobramentos políticos dos projetos, em relação aos centros de formação já existentes ou recém-criados.

É possível também observar uma mudança nos conteúdos curriculares, indício da incorporação de uma base crítica aos cursos de saúde pública dessa escola, em decorrência, sobretudo, dos programas e das atividades de pesquisa desenvolvidas. Exemplo deste processo foi a criação da disciplina de Saúde Pública como Prática Social, que se inseriu no programa do curso de Saúde Pública de 1980, dois anos após a conclusão do Peses/Peppe.

Vale ressaltar que a inserção dessa disciplina representa muito mais que uma simples agregação de conteúdo. Ela se apresenta como um símbolo de renovação do próprio campo da saúde pública. Sobre esse tema, Cecília Donnangelo já registrava, na coletânea n. 2 da Abrasco, que:

na segunda metade da década de 70, avolumam-se os estudos epidemiológicos aplicados a diferentes problemas sanitários brasileiros. E sua análise revela uma tendência ao aparecimento de abordagens com ênfase crescente no social, não mais como variável explicativa adicional, mas como campo, no qual se constrói o processo de saúde-doença. (Abrasco, 1983: 31)

As articulações produzidas no plano internacional também favoreceram o surgimento de uma renovação na programação da Ensp. Além da retomada da pós-graduação *stricto sensu*, ocorreram cursos internacionais na área de planejamento de saúde, o que ampliou a capacidade de interlocução da Escola com outros países. A programação de cursos no Rio de Janeiro se diversificou, mas foi no avanço dos cursos descentralizados que se constituiu o modelo de escola nacional, capaz de potencializar os resultados dos seus projetos no interior do processo de ensino de outros centros de formação em saúde pública do país. Esta capacidade se ampliou pela associação com o Cebes, e principalmente com a Abrasco, pela natureza de suas atividades.

A FSP/USP teve características diferentes, em relação à Ensp. Seus programas de cursos de Saúde Pública incorporaram uma organização disciplinar que indica uma relação com as linhas de pesquisa da pós-graduação *stricto sensu*. Nesse sentido, o ensino da Faculdade se revelou mais influenciado por parâmetros de avaliação da universidade do que pelos serviços de saúde. A área de Planejamento, contudo, não seguiu essa lógica de organização e ofereceu, com regularidade, cursos de planejamento do setor saúde, absorvendo, na organização disciplinar, as temáticas que refletiam a evolução das políticas de saúde da época.

No que se refere à formação do sanitarista, através dos cursos de Saúde Pública, algumas exceções programáticas dessa Faculdade foram formuladas a partir de conexões externas. Estas conexões revelaram uma tendência associativa especialmente construída a partir do pólo dos serviços de saúde, ainda que, junto com esta tendência, já se abrissem espaços para a viabilização de projetos que representavam grupos de pressão que tinham identidade com a renovação do ensino e com a relação do ensino com o sistema de saúde e com a sociedade. São os casos do Programa de Cursos de Especialização em Saúde Pública para Nível Local, dos Cursos Descentralizados de São José dos Campos e dos cursos fora da sede, realizados desde a década de 70, em Brasília, Goiânia e no interior de São Paulo.

Nesse cenário, tomando como referência os diferentes contextos, as descobertas e os pressupostos dessa investigação, quatro questões apresentaram-se como fundamentais para o entendimento da experiência que conformou o ensino da saúde pública no período estudado:

- Como toma corpo um movimento de renovação do ensino, com um foco diferenciado na relação com os serviços de saúde, em uma conjuntura tão adversa do ponto de vista político?
- O que representa a multiplicidade de frentes que se abriram no plano técnico e político para o ensino da saúde pública?
- Por que e como se modificou o ensino da saúde pública no contexto indicado?
- Nasceu uma rede de formação em saúde coletiva?

Para compreender esse movimento, é preciso rever questões centrais que identificam as instituições. Nas palavras de Testa (1997: 57), estas funcionam como "formalização das organizações (a parceria, o processo de trabalho, a discussão pública), as quais, por sua vez são os núcleos sólidos da atividade social".

Nessa abordagem, Testa propõe ressignificar o conceito foucaultiano de instituinte e instituído, tomando o instituinte como referência do comportamento crítico, inerente às instituições. Este autor também justifica as estruturas como dinamizadoras, mas relativiza essa potencialidade quando adverte que "a contradição se estabelece a partir da tensão entre o dinamismo da organização e a elasticidade da instituição" (Testa, 1997a: 56).

Nessa visão, a legitimidade constrói o instituinte e a legalidade é o que estabiliza o instituído, pois "a legalidade se adquire através de um ato pontual em que os atores formais existentes sancionam o *status* de legal, enquanto que o legítimo corresponde a uma liderança política, intelectual e moral, elemento central da construção de viabilidade dos projetos" (Testa, 1997: 60).

Recria-se, a partir dessa concepção, o entendimento das instituições como pólos conservadores, atribuindo-lhes a capacidade de abrigar atores sociais que, por sua vez, se constroem como sujeitos no ato interativo, no exercício de sua liderança, relacionando-se com seus trabalhadores e com os destinatários de suas idéias (Testa, 1997a).

Nessa dimensão, situamos o potencial crítico agregado ao ensino da saúde pública pelos projetos Peses e PAR, pelos programas de cursos descentralizados da Ensp, de cursos de nível local para a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e de cursos descentralizados de saúde pública de São José dos Campos, da FSP/USP. Suas concepções e respectivos processos de implantação sugerem a utilização de estratégias para a superação do instituído. Este, absorvido pela legalidade até então existente, é capaz de ampliar espaços institucionais para a construção de viabilidade dos projetos.

Assim, os projetos de ensino que se relacionaram com os serviços consideraram a existência de um espaço contraditório nas Instituições, atravessado por forças que vão além dos limites estabelecidos pela física do estabelecimento (Kononovich & Saidón, 1991), passando a atuar com a consideração de que

a instituição é um lugar onde se constroem as possibilidades de negociação entre representantes de esferas diferentes, e em torno de objetivos comuns.

Dadas as características do Estado brasileiro, especialmente durante o regime ditatorial militar, como entender as possibilidades de diálogo que resultaram em experiências inovadoras no campo da educação, bem como do ensino com os serviços de saúde?

Recorrendo a Luz (1981: 32), entendemos o poder como uma "estrutura normalizante de relações sociais de subordinação" cujas normas se propõem a "unificar interesses diversos, relações conflituosas" permitindo a existência de "discursos de várias razões".

Reconhecemos ainda que no regime ditatorial as instituições governamentais buscaram um discurso hegemônico na saúde, de uma forma que, segundo a autora, integrou "o discurso médico ao desenvolvimento econômico", e, ainda, concentrando o "controle do poder decisório em altos escalões da hierarquia burocrática institucional" (Luz, 1981: 15). No entanto, sua distribuição no interior das organizações pareceu caracterizar-se pela existência de 'brechas', muitas passíveis de serem preenchidas em uma atuação tática de ocupação de espaços por atores em conexão. Nesse sentido, sua movimentação se torna possível no contexto das práticas institucionais, que são relações sociais de poder, expressas em ordem e dominação, estabelecendo, portanto relações conflituosas (como relações sociais) e contraditórias (do ângulo da estrutura).

É nessa dimensão que reconhecemos a existência de "contradições que levam à criação de condições favoráveis ao desenvolvimento ou ao fortalecimento dos conflitos interclasses" (Testa, 1992: 111-112), que mobilizam os poderes técnicos, políticos e administrativos a se integrarem pela identidade, desenvolvendo ações que imprimem direcionalidade às atividades de ensino, nos serviços e nas academias.

Entre as experiências estudadas, é possível identificar conteúdos que parecem estar vinculados ao questionamento das políticas existentes. Estas experiências também ofereceram alternativas para as práticas dos projetos, dos serviços e mesmo da agenda de trabalho na academia. Nesse particular, parecem exemplares os Programas de Extensão de Cobertura através da Atenção Primária à Saúde (fortalecimento da atenção básica), o Programa de Cursos Descentralizados (fortalecimento das instâncias estaduais em processo de reorganização administrativa e política), o Projeto Montes Claros (criação de um exemplo de possibilidade no sistema local), e a estratégia das AIS (processamento da integração de instituições diferentes, através da lógica do planejamento).

Longe de significar processos institucionais isolados, a análise dos resultados revelou uma identidade desse conjunto de experiências com o pensamento de Testa, no que se refere à existência de um tempo histórico e um tempo

cronológico. Ambos, segundo ele, regem a ação das instituições e estão ligados à sua reprodução cotidiana.

Na concepção do autor, "um tempo que se acelera não é um tempo cronológico", e "o tempo histórico é incompreensível sem os aceleramentos que se imprimem à ação humana e que o transformam assim, em equivalente à transformação da contradição em conflito", construindo-se, dessa forma, "no espaço onde a história se constrói" (Testa 1997: 45). O que impulsiona as instituições é a síntese contraditória dos tempos cronológico e histórico, contrapondo-se unicamente ao tempo cronológico, cujo ritmo está ligado à reprodução cotidiana.

Dessa forma, entendemos que, no tempo histórico, ocorre um encurtamento do tempo cronológico, sem prejuízo da ampliação ou da qualificação de resultados. O tempo histórico mobiliza esforços adicionais, por motivações e compromissos com os objetivos do trabalho, elege prioridades e organiza as ações que se passam no interior de uma etapa para aperfeiçoar resultados. Ele tem, enfim, uma pressa qualificada, podendo, para isso, operar, na sua trajetória, idas e voltas, altos e baixos, inerentes aos processos desenvolvidos pela ação humana.

Os conceitos de tempo histórico e cronológico de Testa favorecem o entendimento das pautas de organização estabelecidas no ensino da saúde pública e na organização do sistema de saúde naquele período. Trata-se de um contexto de mudanças que retrata a competição entre ambas as categorias, revelando, de um lado, um pólo conservador na fronteira da realidade estabelecida, bem representada pelos conteúdos e processos pedagógicos que atingem apenas a simples explicação do existente. De outro lado, há um pólo que revela inquietude e a transformação, desenvolvendo uma conexão com as fontes de renovação da realidade, encontrando, ainda, nas proposições críticas dessa realidade, novos objetos de investigação e novas possibilidades de reconfiguração do ensino e dos serviços de saúde.

Os tempos cronológico e histórico também estão presentes na análise das escolas, refletindo-se nos movimentos aos quais elas se filiam e organizam seus processos de trabalho e seus resultados. O tempo histórico estava presente na mobilização da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, na busca e na insistência do Curso de Saúde Pública de Nível Local, junto à FSP/USP que, como instituição, vivenciava o conflito entre os tempos cronológico e político no seu cotidiano.

Vale destacar que a resistência dos primeiros momentos está na esfera da manutenção dos padrões instituídos pela história dos cursos tradicionais da Faculdade (a legalidade instituída), estabelecendo-se uma tensão com a proposta que indicava justamente a desestabilização do instituído, cujo resultado final seguia o rumo de uma nova programação.

A relação entre a Secretaria de Saúde e a FSP/USP pressupõe a existência de segmentos abertos e fechados para as inovações, situados em ambas as instituições. A abertura proposta pelo Secretário da Saúde de São Paulo encontrou, no campo relacional da FSP/USP, uma tensão entre o novo e o antigo, o instável e o estável, a proposta (em busca de legitimidade) e a programação tradicional (representando a legalidade). Os segmentos abertos existentes no interior da Faculdade se fazem representar por uma aliança com o proponente, em torno desta idéia, criando condições para a reapresentação do projeto em uma segunda oportunidade.

Nesse momento, ganha destaque outro poder instituído, representado pelo ministro da Saúde, que acompanhou o secretário a uma visita à instituição de ensino paulista, agregando força à negociação da Secretaria de Saúde. Utilizou-se o poder administrativo federal, pela destinação de recursos financeiros, bem como o poder político, representado pelo comparecimento do ministro à negociação com a Faculdade, em uma clara demonstração de importância à atividade.

Parece evidente que as instituições que captaram as possibilidades do novo optaram pela organização de projetos que se tornaram caminhos de renovação. A viabilidade dos projetos, contudo, só se tornou possível quando os atores de sua condução reconheceram, nessas estruturas, um campo de possibilidade para viabilizar os projetos renovadores. A partir dessa percepção, desafiaram a legalidade do instituído, oferecendo-se como meio de construção da legitimidade instituinte, tomando ainda como campo de atuação, as políticas, os serviços de saúde e as práticas de ensino da saúde pública.

A conformação da tendência associativa e a estratégia de ocupação de espaços parecem ter se constituído em dois caminhos, presentes nas experiências analisadas no corpo deste trabalho. Elas resultaram em uma estreita vinculação entre as políticas e os serviços de saúde e o ensino da saúde pública. Enquadrá-las nessa dimensão não pressupõe minimizá-los como fontes possíveis de outras análises, mas valorizá-las como instrumentos que deram concretude ao ensino da saúde pública na relação com os serviços e as políticas de saúde.

Nessa perspectiva, entendemos que as experiências de trabalho conjunto foram possíveis a partir de um trabalho político-estratégico que considerou as instituições como referências de espaços de poder e experimentação de práticas, submetidas permanentemente a tensões de natureza técnica, política e ideológica, e por isso mesmo, como espaços abertos à criação de possibilidades.

Nesses espaços também observamos, através dos depoimentos, a atuação de pessoas que revelaram laços construídos através de experiências ocorridas em fases diferentes das duas décadas. Essas referências mereceram de alguns depoentes a classificação de 'relações fraternas', quando vividas no interior de uma mesma instituição. Em outros casos, os encontros parecem resgatar

vivências anteriores que credenciaram prováveis parceiros para novos empreendimentos em parceria. Seja como for, o fenômeno da reforma do ensino da saúde pública, durante aquelas duas décadas, não pode ser tratado como uma decorrência isolada deste ou daquele ator institucional. Ao operarem em rede – de forma articulada, portanto – alguns atores deram vida a anseios coletivos, situados, inclusive, fora dos limites do campo da saúde.

Por que e como se modifica o ensino

As múltiplas dimensões do ensino da saúde pública, reveladas pelos resultados desse trabalho, refletem um conjunto de opções pedagógicas e políticas que contornaram um ensino pautado por uma dimensão estratégica em relação ao setor saúde, e que teve nas escolas um dos seus espaços de realização. Os programas e projetos foram pontos de diálogo entre os contextos e os processos internos de suas equipes, e, externamente, funcionaram como elos entre as escolas e os elementos das conjunturas que incidiram sobre seus objetos de intervenção.

Durante todo esse período, a organização do ensino *lato sensu* se relacionou com elementos diversos, entre os quais se destacam: o mercado de trabalho, as relações com os serviços de saúde, e as políticas de governo, como saúde, educação e ciência e tecnologia, todas elas atuando como possibilidades de renovação das atividades das escolas. Para cumprimento de suas finalidades, os docentes e as escolas recorreram a modelos pedagógicos que conformaram seus programas de cursos e projetos de ensino.

A ênfase na expansão e requalificação do setor saúde esteve presente durante todo o período, o que demandava a absorção de uma força de trabalho com determinadas características capazes de viabilizar as metas estabelecidas pelas políticas de governo. Nesse ponto, vê-se que a reforma na formação de pessoal de saúde detinha, em sua estrutura, uma dimensão marcadamente qualitativa, isto é, ela se situava para além das necessidades quantitativas de aumento da quantidade de profissionais de saúde no mercado de trabalho, defendida por diversos organismos da saúde, inclusive internacionais, a partir dos anos 50.

Dadas as características organizacionais e políticas do sistema de saúde brasileiro, a tarefa dessas escolas esteve inicialmente mais voltada para a formação de quadros do governo federal, incorporando o nível estadual no segundo período, principalmente através dos Cursos Descentralizados da Ensp e dos Cursos de Saúde Pública para Médicos de Nível Local da FSP. A partir de 1985, eles absorvem uma outra clientela, quando são dados os primeiros passos mais concretos no sentido da municipalização da saúde.

Essa opção, que definiu um perfil de clientela dos cursos, também influenciou mudanças na organização dos programas que, nessa dimensão, incorporam conteúdos referidos pelos movimentos de reorganização, processados pelo setor saúde, típicos de cada uma das fases.

A revisão bibliográfica do campo da educação permitiu compreender que nenhuma das suas teorias explicaria, isoladamente, a multiplicidade de situações que se estabeleceram ao longo do período. No entanto, vale destacar que as entrevistas e os documentos examinados indicam uma tendência à organização de programas voltados para a formação de recursos humanos do setor saúde. Sua incorporação está amplamente referida nos documentos de reformulação do sistema de saúde, na criação das carreiras de sanitaristas e na expectativa de adoção de novas práticas no interior do sistema de saúde. Sua absorção como linha de atuação das escolas permitiu a captação de recursos financeiros e conferiu prestígio e reconhecimento por parte dos outros órgãos de governo, demandantes dessa formação.

A missão de formar recursos humanos estava também identificada com uma diretriz de governo voltada para a expansão que se produzia no sentido de viabilizar a criação de um complexo médico industrial no âmbito da Previdência Social, onde a força de trabalho se constituía em fator fundamental. Na esteira da formulação dessa política para o setor, mais ampla que a formação de sanitaristas, a área pública também se inseriu com as ações do Ppreps, que estabeleceu suas metas absorvendo o discurso do "investimento em capital humano" (Freitag, 1980: 27), notadamente a partir da aprovação do II Plano Nacional de Desenvolvimento, em 1975, cuja aprovação atraiu recursos para a revitalização de algumas das suas instituições, a exemplo da Fiocruz.

O "papel dinamizador das estruturas", segundo a perspectiva de Dewey e Mannheim (Freitag, 1980) pareceu mobilizar a formulação de estratégias que, por sua vez, depositaram no processo de formação e no papel das escolas uma expectativa de resolução de processos organizativos do setor, a exemplo da Secretaria de Saúde de São Paulo e de outros estados. Algumas instituições de serviços optavam por um programa de qualificação de seus quadros, pela oferta de cursos de Saúde Pública, mas nem sempre associavam medidas de ordem técnica ou política que alterassem a lógica de organização do processo de trabalho, ou a prestação de serviços de saúde. Nesse caso, era necessária a formação de "novos sanitaristas" que, diante de uma "postura renovada", mudariam a realidade da organização e das práticas do setor saúde.

De acordo com Dewey, "o indivíduo se dispõe para novas ações depois de avaliar e reorganizar suas experiências" (apud Freitag, 1980: 17). Nessa perspectiva, os cursos de Saúde Pública, em suas diversas modalidades, seriam os espaços 'organizadores' de experiências e do universo de questões que fariam

parte da agenda de trabalho de seus egressos. Estes logo se transformariam em 'reformadores' necessários ao setor saúde.

Sobre essa questão, vale destacar que, na área da saúde, alguns projetos trabalharam com a "idéia subjacente de operar mudanças de mentalidade dos 'recursos humanos' que, teleologicamente, mudariam as práticas de saúde" (Paim & Nunes, 1992: 262). Contudo, inúmeras investigações apontam "a estrutura das práticas de saúde em dada sociedade como determinante fundamental para a definição do 'perfil' desses recursos humanos", o que sugere a necessidade de considerar que "a autonomia contida no aparelho escolar é relativa e que a existência de um espaço de luta político-ideológica no interior da instituição nem sempre é suficiente para produzir uma legião de críticos capaz de redefinir as práticas de saúde" (Paim & Nunes, 1992: 263).

Na pedagogia tecnicista, de acordo com a classificação de Saviani, é possível encontrar identidade com a forma como estavam organizadas as estruturas de ensino das escolas, das universidades e dos próprios cursos de Saúde Pública, o que também inclui o planejamento de ensino, traduzido em métodos pedagógicos, com objetivos e métodos bem definidos. "Para tanto, era mister operacionalizar os objetivos, e, pelo menos em certos aspectos, mecanizar o processo. Daí a proliferação de propostas pedagógicas tais como o enfoque sistêmico, o microensino, o teleensino, a instrução programada, as máquinas de ensinar etc." (Saviani,1994: 24).

Ainda segundo este autor, a introdução dessa pedagogia no processo de ensino favoreceu a "padronização do sistema de ensino a partir de esquemas de planejamento previamente formulados, aos quais devem se ajustar as diferentes modalidades de disciplinas e práticas pedagógicas" (Saviani, 1994: 24).

Os desdobramentos da pedagogia tecnicista foram traduzidos nas organizações como sinônimo de "organização e competência", daí a sua proliferação na organização dos processos escolares no período correspondente à implantação das reformas administrativa e universitária.

A despeito da influência das teorias da educação consideradas menos progressistas vigentes à época, como a proposta pedagógica tecnicista, verificou-se, a partir da realidade investigada, que os diferentes atores sociais procuraram superar "tanto o poder ilusório (que caracteriza as teorias não críticas), como a impotência (decorrente das teorias crítico-reprodutivistas)" (Saviani, 1994: 41), até mesmo construindo alternativas a modelos teóricos que não respondiam às necessidades postas pela realidade concreta – esta especialmente pautada em experiências que se apresentavam com um potencial renovador das políticas de saúde, que faziam da associação e da ocupação de espaços uma prática política de reforço ao ensino.

ado de atores institucionais e, dessa forma, alarga o espaço de contradição mediatizado pela educação para os limites do ensino com o sistema de saúde, agora no âmbito estadual.

A criação das residências em Medicina Preventiva e Social se inscreve em uma outra dimensão. Esse projeto procurou atingir, através da formação de novos técnicos, uma área menos permeável, na época, ao discurso de renovação pelo público, representada pelo Ministério da Previdência e Assistência Social.

Nos anos 80, essa formação foi expandida para a preparação de novos técnicos para outros setores. A inserção destes profissionais no âmbito dos serviços representava a associação dos sanitaristas formados (recém-graduados com opção pela saúde pública) com os profissionais mais antigos, estes formados para a saúde pública e já inseridos nos serviços de saúde. Ambas as gerações profissionais, de acordo com as pretensões da época, militariam, conjuntamente, em favor de políticas e arranjos para a saúde, considerados progressistas.

Seja como for, o processo de manutenção das Residências se torna polêmico na década de 80, mantendo-se como modelo crítico do sistema de saúde em uma estratégia de apoio, sustentada com a interveniência da Abrasco e em articulação com os Centros Formadores que participavam do colegiado do PAR. Na década de 90, a chamada década das reformas setoriais da saúde, a residência sofreria um visível processo de arrefecimento.

O programa de cursos de especialização de sanitaristas de nível local, ministrado pela FSP/USP, segue em São Paulo, uma linha de expansão dos espaços de realização do processo educativo adotada em 1975 pela Ensp, com os seus cursos descentralizados. Com essa decisão, criava-se, no interior da FSP/USP, um elemento importante de acirramento das contradições existentes em torno da formação de seus profissionais, ainda que tardio, se comparado à Ensp.

Ocorre que o novo projeto fornecia elementos para o estabelecimento de uma competição entre os critérios da universidade. De um lado, um critério validado pelo reconhecimento da atividade acadêmica de seus docentes; de outro, um critério relativo às necessidades aportadas pelos serviços de saúde para a qualificação de seus recursos humanos. Os problemas de descontinuidade política administrativa, ocorridos no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde, naquele estado, bem como as divergências sobre a manutenção do curso no interior da Faculdade favoreceram o término da experiência, mantendo-se apenas o modelo de curso de saúde pública tradicional.

De todo modo, as experiências desenvolvidas na década de 80 permitem compreender a existência de uma lógica organizativa da educação, sempre mediada por elementos de tensão existentes na fronteira do ensino com os serviços de saúde. O Cebes e a Abrasco se inserem como canais de problemati-

zação do ensino e de capacitação de docentes, passando a contar com a participação de múltiplos atores, o que também favoreceu a articulação entre os diversos programas.

Em geral, através de sucessivos seminários de avaliação dos cursos da categoria *lato sensu*, promovidos pela Abrasco e pela Ensp, estabeleceu-se um canal permanente de revisão de conteúdos e estratégias pedagógicas, contando, para isso, com a participação de representantes dos serviços de saúde, especialmente secretários estaduais e, posteriormente, municipais, o que agregou um papel de relevância a esses cursos no cenário da formação em saúde pública para o setor.

Finalmente, vale destacar que a inserção das experiências do Peses/Peppe na Ensp e a implantação das residências em Medicina Preventiva e Social em vários centros de formação do país permitiram a aproximação da saúde pública com a medicina social, possibilitando assim a ampliação da discussão acerca da assistência na saúde pública, sobre a relação do ensino médico com a organização dos serviços, sobre os conceitos de social e coletivo na saúde, dentre outros aspectos que abriam espaços para um realinhamento da formação de pessoal frente às necessidades dos serviços. Foram incorporados centros de formação da área médica na preparação de sanitaristas para os serviços de saúde e, na década de 80, essa atividade passou a contar ainda com a participação das universidades, em programas de residência ou em cursos de Saúde Pública de envergadura nacional.

As experiências examinadas permitiram compreender uma intensa articulação entre as idéias e propostas engendradas pelo campo educacional com as políticas e práticas de saúde, como caminhos a serem conquistados, e, portanto, "um campo aberto à ação". A forma como este movimento se organizou criou condições favoráveis para o surgimento de agentes pedagógicos que se tornaram porta-vozes inseridos nas negociações das escolas entre si, das escolas com o sistema de saúde e delas com a própria sociedade (Cury, 1995).

Esse processo, também expresso no conjunto da luta política contra a ditadura, permitiu aumentar o grau de percepção dos fenômenos contraditórios que se estabelecem na confluência do ensino com os serviços de saúde, reservando à educação um papel definido, ao mesmo tempo de mediador do debate político e facilitador da capacidade de apreensão da realidade de saúde e das políticas de saúde.

A partir da década de 80, as estratégias das AIS e a 8ª Conferência Nacional de Saúde mobilizaram uma organização da atividade docente que convergiu para a construção de um novo sistema de saúde, com a participação ativa das escolas. Na 8ª Conferência, os docentes das escolas participaram através da disseminação de informações técnico-científicas (formulação de textos), nas

relatorias e em palestras na Conferência e nas pré-conferências. Sergio Arouca, um dos docentes da Ensp, então presidente da Fiocruz, exerceu a função de coordenador geral do evento (Brasil, 1986).

As relações que passaram a se estabelecer no interior do processo de ensino com o sistema de saúde permitiram a recriação de suas práticas e de seus conteúdos, o que pareceu estar presente na diversificação de oportunidades de cursos identificados com a organização, a crescente complexidade do sistema de saúde e a organização disciplinar que incorporou temas dessa atualidade.

No final da década de 80, ampliam-se também os modelos de centros voltados para a formação dos sanitaristas dos serviços de saúde, a partir do aprofundamento das relações entre a saúde pública e a medicina social. Nessa dimensão são incorporados os Departamentos de Medicina Preventiva e os Núcleos de Estudos em Saúde Coletiva, associando-se à missão de formar para o sistema de saúde, e dessa forma, recompondo no espaço universitário – agora ampliado – as possibilidades de relação crítica e contraditória entre as necessidades e expectativas da sociedade em relação à saúde, as instâncias prestadoras de serviços e as concepções e práticas de ensino adotadas pela saúde pública.

Nasce uma rede de formação em saúde pública

O período analisado evidencia uma expressiva movimentação de escolas e de atores sociais em torno da formação em saúde pública. Esta movimentação se fez acompanhar por um processo de composição e recomposição de práticas, que resultaram numa multiplicidade de instituições e de programas de ensino que, por sua vez, gradualmente se modificavam no período.

Dessa forma, interrogar sobre o desenvolvimento de uma rede de formação em saúde pública no período estudado implicou, desde o início, a necessidade de refazer um caminho com o qual a produção intensiva de fatos políticos, técnicos e científicos, no âmbito da saúde, favoreceu a circulação de atores no interior do próprio campo.

Recuperamos a contribuição de Bourdieu (1983), que, a partir de algumas características que contornam os campos, apontou para a existência de um jogo de poder no seu interior que pode abrir espaço para a entrada de novos atores. O autor adverte ainda que o campo é um lugar de lutas, que possui alvos específicos e que "o poder e o prestígio que [as lutas] perseguem é um tipo absolutamente particular" (Bourdieu, 1990: 172).

A partir da rica literatura sobre o assunto, demonstramos a existência de lutas políticas no interior do sistema de saúde durante o período estudado, especialmente pela via do processo de estatização x privatização do setor, constituindo uma matriz onde se produziram as lutas e as conexões em torno das propostas de formação de pessoal de saúde.

Nessa mesma fase, o governo militar se deparou com uma crise econômica que potencializou o colapso na gestão do setor da saúde. Tornava-se evidente, para o próprio governo, a necessidade de criar alternativas ao modelo vigente, ainda que mantidas as regras estabelecidas pelas alianças de grupos de poder, dentro e fora do Estado, que visavam à constituição de um complexo médico-industrial no país.

A perspectiva da absorção de novos modelos, mesmo marginais, abriu espaços para novas práticas técnicas, permitindo a abertura de um debate em torno das políticas de saúde que passou a permear as discussões dos intelectuais, dos políticos e dos técnicos, contrários ou favoráveis a alterações mais profundas. Esta conjuntura ampliava publicamente as propostas assumidas inicialmente pelas políticas governamentais e possibilitava, ainda, que propostas alternativas fossem amparadas por instituições oficiais.

O ensino também foi atingido pelas crises e reformas do governo. Na dinâmica organizativa, destaca-se a reforma universitária e, em uma perspectiva de interferência no modelo de formação profissional, a reforma do ensino médico. A implantação dos Departamentos de Medicina Preventiva e Social, por exemplo, iniciou processos de mudanças em relação a práticas anteriores, mais distantes da problemática global da saúde, até então estabelecida como preocupação precípua do médico.

Naquele momento, as escolas de Saúde Pública formavam profissionais para uma saúde pública que já era questionada em alguns espaços do próprio governo. Seu limite pareceu ser reconhecido nas formulações contidas no II PND que, através de algumas diretrizes, sugeriu ações na área social capazes de mobilizar estratégias que se configuraram a partir de então. Este cenário permitiu a abertura de novos espaços que, no interior de instituições, significaram a ampliação das possibilidades para a renovação de suas equipes.

Aqui, vale a pena ressaltar que "a estrutura do campo é um estado de relação de força entre os agentes ou as instituições engajadas na luta, ou se preferirmos, na distribuição do capital específico, que, acumulado no curso das lutas anteriores, orienta as estratégias ulteriores" (Bourdieu, 1983: 90), colocando em oposição "vanguardas renascentes" e "vanguardas consagradas" (Bourdieu, 1990: 172).

No interior do campo, os atores se constroem pelo poder de revelar, "quando fazem com que sejam vistas ou previstas coisas que só existiam no estado implícito, confuso, quando não recalcado. Representar, trazer à luz, produzir, isso não é pouca coisa. E então é possível nesse sentido, falar de criação" (Bourdieu, 1990: 179-180).

A disposição de revelar, prever, trazer à luz e produzir parece estar presente na relação que se estabeleceu entre o ensino e a prestação de serviços,

criando condições favoráveis à atuação de atores sociais que se alinharam no interior do campo, com a perspectiva de manter ou mudar as referências com as quais se desenvolvia o ensino da saúde pública. Essa conjuntura caracterizada pelo cerceamento das liberdades democráticas, enfim, possibilitou o surgimento de práticas políticas contra ou a favor da manutenção do *status quo* e, através delas, os grupos passaram a atuar no seu campo específico, ainda que tivessem por referência uma ação política mais ampla.

Na década de 70, as dificuldades que se estabeleciam nos espaços de convivência da sociedade favoreceram o surgimento de um movimento cuja ação coletiva e organizada pelos trabalhadores, especialmente no meio sindical, permitiu o deslocamento da cena para o pólo da prática política, estabelecendo um novo cotidiano, em que "a autonomia dos movimentos rompe com a tradição política da tutela e da cooptação, e, por isso mesmo, fazendo a política criar novos lugares para exercitar-se" (Sader, 1988: 11).

Nasce, desse contexto, um novo sujeito social representado pelos próprios movimentos sociais constituídos por indivíduos "até então dispersos e privatizados" e que "passam a definir-se e reconhecer-se mutuamente, a decidir e agir em conjunto e a redefinir-se a cada efeito resultante das decisões e atividades realizadas" (Sader, 1988: 10).

A ambiência em que essas cenas se desenvolveram não estabeleceu limites de campo, uma vez que a ação política se expressou, na visão do autor, como uma proposta de contestação ao regime político daquele momento, para com ele, problematizar as questões que estariam afetando uma determinada expectativa das relações em sociedade, entre as quais estaria a saúde.

A circulação de atores, nessa perspectiva, possibilitou agregar ao campo da saúde características de um movimento político que, como tal, incorporou demandas da sociedade, permitindo a politização de temas que vinham sendo abordados de modo oficialista e burocrático, nos limites das próprias experiências governamentais.

Esse contexto permitiu o surgimento de projetos capazes de mobilizar atores, interesses e propostas no campo da saúde. Favoreceu, por sua vez, o debate e o alinhamento de posições, capazes de impulsionar ações de 'ortodoxia' ou 'heresia' que se projetam no interior das escolas, mobilizando forças que se colocavam pela manutenção, e outras que se mobilizam pela inovação.

Sem excluir outras experiências com prováveis características similares, escolhemos, para fins de análise de um provável processo de enredamento, o Programa de Cursos Descentralizados da Ensp, reconhecendo-o como ponto de partida de uma ação de expansão da formação em saúde pública ocorrida nas duas décadas.

O Programa se estabeleceu para responder a uma expectativa da Escola de "formar uma massa crítica" de sanitaristas em curto prazo. No seu processo de desenvolvimento, essa atividade se expandiu como uma malha, em que alguns fios vão sendo tecidos, passando a cumprir um papel de elemento de reconfiguração da distribuição do ensino de saúde pública do país, permitindo assim ultrapassar os limites da formação de alunos, para interferir na organização do ensino.

Esse processo permitiu a incorporação progressiva de outros grupos ligados à saúde e ao ensino, com atuação especial nos estados, que também vão tecendo novos fios e estabelecendo outras conexões. O "laboratório restrito", representado pelos membros oficiais, constituiu a base do programa em cada uma das instituições onde ele se implantou e, nesse movimento, foi se transformando em um "laboratório ampliado", envolvido em uma "cadeia de mediadores" que conformou uma "cascata de porta-vozes", capazes de mobilizar "atores, aliados ou adversários potenciais, seres humanos ou não, se encontrando traduzidos no laboratório, sob a forma de representantes raros, próximos, concentrados, accessíveis e manipuláveis", formando o "laboratório ampliado" (Callon, 1989: 21).

O Programa de Cursos Descentralizados da Ensp se expandiu para muitos estados do Brasil, sendo potencializado pela atuação da Abrasco, que se inseriu no campo da formação com inúmeras iniciativas voltadas para a discussão da política de saúde, para a produção científica, para a capacitação docente e para o aperfeiçoamento do ensino.

O exame da série histórica dos cursos descentralizados, nesse período, permitiu visualizar a diversificação das instituições que se associaram com a Ensp. O estabelecimento de convênios como o mecanismo de formalização de uma parceria, aqui conceituada como a formalização de uma associação entre pessoas, grupos ou instituições heterogêneas, visou a um determinado objetivo, que se realizou através de sucessivas operações de tradução entre os membros envolvidos em relações assimétricas.

Pareceu-nos claro que o espaço da rede incorporou movimentos, iniciativas, polêmicas, e exercícios de liderança, onde os atores se construíram, interagiram e se diferenciaram. Na relação entre laboratório restrito e laboratório ampliado, alguns atores se moveram, emprestando densidade e mobilidade à dinâmica das relações. Trata-se do ator-rede, elemento que, para Oliveira (1997: 26), "permite operar deslocamentos de simples análises locais para questões macrossociais ou econômicas, sem ter que fazer distinções a priori entre o que é cognitivo ou social, material ou imaterial, humano ou não humano, conteúdo ou contexto".

Nessa perspectiva, entendemos a Ensp como um ator-rede, que, por meio da atividade de formação de sanitaristas, decidiu emprestar densidade às iniciativas que conformaram o Programa de Cursos Descentralizados. Na forma de ator-rede, a Escola foi capaz de chancelar um modelo de formação que se traduziu no laboratório ampliado, e que se expressou através dos eventos locais, enredando porta-vozes, estabelecendo conexões e disponibilizando produtos e processos. Nessa dinâmica, o ator-rede funciona como um elemento propulsor, transferindo sua importância para o processo de enredamento, atraindo aliados e desarticulando oponentes, podendo ser, ele mesmo, uma rede "pela qual circulam uma ampla diversidade de elementos, visões de mundo e modos de conduta" (Teixeira, 1997: 10).

É possível depreender, a partir da análise aqui efetuada, que o período abordado corresponde a uma fase de crescimento do campo da saúde pública. Nele, se processaram mudanças com reflexos na produção do conhecimento e na organização do ensino, permitindo ainda o aprofundamento de propostas de profissionalização para os serviços de saúde, onde a Ensp e a FSP/USP trouxeram contribuições diferenciadas.

Como protagonistas desses processos, as escolas consideradas interagiram com outros atores que foram atraídos para esse campo por múltiplas motivações e, conjuntamente, em uma atuação técnico-política, todos trabalharam em torno de uma proposta de renovação do ensino da saúde pública. Nessa dinâmica, passaram a compor uma rede de formação, nomeando porta-vozes e possibilitando a construção de sujeitos sociais, cuja atuação foi potencializada pela tensão estabelecida no interior da sociedade.

Todo este contexto de conjunção de esforços favoreceu o surgimento de uma seqüência de fatos e eventos que convergiram para uma luta comum de construção de um sistema único de saúde em bases democráticas, que se tornou base de mobilização em torno da qual convergiu o movimento sanitário.

Organização com engajamento: duas décadas e um ciclo virtuoso para a saúde pública brasileira: últimas palavras

A análise dos dados referentes ao período estudado possibilitou a reconstituição de múltiplas formas de expressão do ensino da saúde pública e do movimento das escolas, configurando o que poderia ser considerado um ciclo de muitas inovações na formação em saúde pública e nas políticas de saúde brasileiras. A seguir, sintetizaremos alguns dos resultados mais importantes desse estudo.

Observamos que a participação dos Centros Formadores em atividades ligadas à formulação de políticas para o setor saúde se revelou através do

movimento de renovação da saúde pública no Brasil – sob a denominação de saúde coletiva, ele contou com a mediação do Cebes e da Abrasco – e através de eventos organizados na interface do ensino com os serviços de saúde, como a 8ª Conferência Nacional de Saúde e seus desdobramentos.

Não foi possível, através dos instrumentos de coleta de dados utilizados, estabelecer a relação entre o perfil dos docentes das escolas com as políticas de saúde locais, mas pode-se concluir que os conteúdos e as características das clientelas dos cursos de especialização selecionados passaram por modificações durante as duas décadas analisadas. Estas transformações, em suas diferentes expressões locais, não deixaram de corresponder às fases de implantação do sistema de saúde no país.

As políticas de governo do período, portanto, foram grandes estimuladoras de novas propostas de ensino da saúde pública. A despeito de sua face oficial, seus processos de desenvolvimento incorporaram a participação de técnicos com projetos inovadores, muitos oriundos dos serviços e das academias, o que acabou por maximizar uma maior circulação de equipes e de interesses entre as duas esferas. Em uma atuação marcada por ações de natureza técnica e política, os projetos adquiriram relevância e acabaram por contribuir para a atualização do ensino e das políticas nesse campo de saber.

Nesse contexto, a experiência do Programa de Cursos Descentralizados da Ensp produziu uma modificação substantiva no campo da saúde pública brasileira. A partir de 1975, com a expansão destes cursos às diversas regiões do país, tanto se estabeleceram novas relações das escolas com os serviços de saúde, quanto se permitiu que o processo de reforma dos serviços adquirisse uma dimensão nacional.

Uma relação mais efetiva do ensino de saúde pública com determinados serviços de saúde favoreceu também a recriação de práticas de ensino, a diversificação de oportunidades de capacitação e a problematização de temas dos serviços na organização curricular e nos projetos de pesquisa das escolas. Isto, de alguma forma, revela que a relação entre a saúde pública e a medicina social foi bastante fecunda, pois possibilitou o surgimento de uma nova forma de ensinar saúde pública.

As escolas também se fortaleceram quando foram capazes de estabelecer conexões com projetos e grupos identificados com seus objetivos nos serviços de saúde ou em outras instituições congêneres. Nesse contexto, elas acabariam por ser reconhecidas por alguns serviços de saúde, justamente quando foram capazes de gerar e de acolher projetos que deram tratamento às demandas por eles formuladas.

Por fim, poderíamos concluir que a estratégia de atuação em rede de cursos e escolas permitiu o aperfeiçoamento de metodologias de ensino, favorecendo o

surgimento de parcerias e a atuação de porta-vozes, de forma a promover um aumento da capacidade de alcançar resultados em projetos expansivos. Estas conexões, como já fora enunciado, também revelam uma capacidade de manifestação de descontentamentos e de intenções coletivas, tendo em vista os anseios dos trabalhadores e dos intelectuais envolvidos com a causa de um sistema de saúde eficiente, justo e, especialmente, com um modelo gestão assentado em princípios democráticos, o que não era pouco no quadro da ditadura política da época. Deste modo, a vitória da reforma do ensino da saúde pública, por assim dizer, foi também expressão da instalação e amadurecimento do processo democrático brasileiro.

De outra parte, algumas das principais questões discutidas nesta obra não são, a rigor, águas passadas. O sucesso do processo de descentralização político-administrativa, que deu mais vigor e responsabilidades aos municípios brasileiros, trouxe também conseqüências, relacionadas às conjunturas pós-implantação do SUS, típicas do desenvolvimento deste processo.

O avanço da municipalização durante a década de 90 se deu de forma concomitante à implantação das reformas de ajuste econômico e fiscal, com reflexos na administração do sistema e na gestão do trabalho em saúde. Nesse período, ocorreu um arrefecimento das carreiras mais estruturantes do setor público, entre as quais se coloca a carreira de sanitaristas. O resultado é que a qualificação para o trabalho, em nossos dias, se dá de forma mais pontual, priorizando ajustes e perseguindo perfis mais executivos e menos voltados para análises mais estruturais do setor ou da sociedade. Coincide também, nesse contexto, a ocorrência de uma redução progressiva da formação inicial dos sanitaristas no país como um todo, com os chamados cursos de Saúde Pública.

Nos primeiros anos da década de 2000, no entanto, há uma revalorização da prestação de serviços de natureza pública, com um reconhecimento do caráter estruturante do sistema de saúde no interior do Estado brasileiro. Observa-se ainda um envelhecimento da força de trabalho formada nos anos 70 e 80, nos contextos aqui analisados, com muitos trabalhadores em idade de aposentadoria ou migrando para outras funções como a docência nas universidades públicas e privadas, que também se expandiram muito nesse período no Brasil.

Revisitar essa história e confrontá-la com o momento atual pode favorecer um debate que inspire a descoberta de uma linguagem atual e a retomada de uma outra face formativa para um ciclo de profissionalização que se avizinha.

Um olhar acurado sobre as necessidades locais desde a comunidade até a família, novas ferramentas de análise da realidade e da gestão em todas as esferas do sistema, valorização da linguagem da comunicação, da informação e da interatividade, solidariedade, dentre outras, seriam características essen-

ciais a esse debate e traços prováveis a serem incorporados no desenho prospectivo da formação de um novo sanitarista.

Uma leitura acurada dos problemas sócio-sanitários, incluindo questões relacionadas ao ambiente, uma noção importante do cuidado e uma sensibilidade para circular idéias no interior do sistema, incluindo as representações do controle social e manejo das ferramentas de apreensão e aplicação das políticas aprovadas nos fóruns instituídos do sistema, formariam outro recorte para compor a problematização.

Todas essas reflexões podem estruturar perfis e processos renovados do trabalho em saúde pública e devem ser incorporados no debate da nova formação do sanitarista, mas o caráter crítico da intervenção e o reconhecimento da mudança das relações no mundo globalizado parecem presidir, preceder e permear o processo de criação dessas novas formas. A visão instigante alimentada por Cecília Donangelo, Mario Testa, Sergio Arouca e outros 'personagens' do ciclo anterior está presente no entusiasmo dos depoimentos aqui relatados e demonstra-se atual. Seu reconhecimento molda uma postura crítica diante dos problemas da saúde e da sociedade, apresentando-se como fonte permanente de repolitização. Seu reconhecimento e sua reinterpretação à luz da conjuntura atual podem ressiginicar os focos de iluminação dos objetos que fazem o desafio da saúde pública brasileira na atualidade.

Referências

ABRASCO (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA). *Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*, v. 1. Rio de Janeiro: Abrasco, 1982.

ABRASCO (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA). *Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*, v. 2. Rio de Janeiro: Abrasco, 1983.

ABRASCO (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA). *Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*, v. 3. Rio de Janeiro: Abrasco, 1984.

ABRASCO (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA). *Estudos de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1988.

AROUCA, A. S. *O Dilema Preventivista: contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva, 1975*. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

BORDIEU, P. O campo intelectual: um mundo a parte. In: BOURDIEU, P. (Org.) *Coisas Ditas*. São Paulo: Brasiliense, 1990.

BORDIEU, P. Algumas propriedades do campo. In: BOURDIEU, P. (Org.) *Questões de Sociologia*. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.

BRAGA, E. A figura do educador. In: BRAGA, E. (Org.) *O Pensamento de Ernani Braga*. Rio de Janeiro: PEC/Ensp, 1984. v. 1.

BRASIL. Lei n. 5.540, de 28 de novembro de 1968. Fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 1968. Disponível em: <www.prolei.inep.gov.br/prolei/>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional da Saúde, 7., 1980, Brasília. *Anais...* Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980. Disponível em: <http: //bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações>.

BRASIL. Ministério da Saúde. A perspectiva institucional de formação em saúde coletiva no Brasil. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE AVALIAÇÃO E PERSPECTIVAS DE COORDENAÇÃO NACIONAL DE CURSOS DESCENTRALIZADOS. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 1980.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa do Curso Prático: nível nacional. Programa Ampliado de Imunizações-PAI*. Rio de Janeiro: Ensp/MS, 1981.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional da Saúde, 8., 1980, Brasília. *Anais*... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política de Formação de Recursos Humanos para o Setor Saúde. *Cadernos RH Saúde*, Brasília, 1993. (Conferência proferida na 5ª Conferência Nacional de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

CALLON, M. Introdution. In: CALLON, M. (Org.) *La Science et ses Reseaux*. Paris: La Découverte, 1989.

CASTRO-SANTOS, L. A. & FARIA, L. *A Reforma Sanitária no Brasil: ecos da Primeira República*. São Paulo: Edusp, 2003.

CASTRO-SANTOS, L. A. & FARIA, L. O ensino da Saúde Pública no Brasil: os primeiros tempos no Rio de Janeiro. *Trabalho, Educação e Saúde*, 4(2): 291-324, 2006.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DA SAÚDE (CEBES). *Revista Saúde em Debate*, 36: 2, 1992.

CURY, C. J. *Educação e Contradição*. São Paulo: Cortez, 1995.

CORDEIRO, H. *Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial, 1991.

COUTINHO, U. *A Pós-Graduação na Escola Nacional de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Ensp, 1980. (Mimeo.)

DONNANGELO, M. C. F. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

DONNANGELO, M. C. F. A pesquisa na área de saúde coletiva no Brasil: a década de 70. *Abrasco*, 2: 19-35, 1983. (Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil).

FARIA, L. A Fundação Rockefeller e os serviços de saúde em São Paulo. *História, Ciências e Saúde - Manguinhos*, 9(3): 561-590, 2002.

FLEURY, S. (Org.) *A Utopia Revisitada: Projeto Montes Claros*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

FLEURY, S. (Org.) *Saúde e Democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FONSECA, C. A criação da Ensp: integração e diversidade na formação em Saúde Pública. In: LIMA, N. T. L.; FONSECA, C. M. & SANTOS, P. R. E. (Orgs.) *Uma Escola para a Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

FREIRE, P. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

FREITAG, B. *Escola, Estado & Sociedade*. São Paulo: Moraes, 1980.

GOULART, F. A. *Municipalização: veredas, caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Abrasco, Conasems, 1996.

KONONOVICH, B. & SAÍDÓN, O. *La Escena Institucional*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1991.

LUKES, S. *O Poder: uma visão radical*. Brasília: Editora UnB, 1980.

LUZ, M. T. Estratégia de hegemonia e instituições médicas. In: LUZ, M. T. (Org.) *As Instituições Médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

MARSIGLIA, R. G. *Relação Ensino/Serviços: dez anos de Integração Docente Assistencial (IDA) no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1995.

MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1992.

MULLER, J. S. Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. *Cadernos da Nona*, 1: 43-59, 1992.

NUNES, T. C. M. & TEIXEIRA, M. O. Formando técnicos e mobilizando aliados: a trajetória do Politécnico da Saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.) *Formação de Pessoal de Nível Médio para a Saúde: desafios e perspectivas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

OLIVEIRA, J. & FLEURY, S. *(Im)Previdência Social: 60 anos da Previdência Social no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes, 1986.

OLIVEIRA, M. A. *A Teoria do Ator-Rede: um* framework *para os estudos da tecnociência*. Rio de Janeiro, 1997. (Mimeo.)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS)/FUNDO DAS NAÇOES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). *Relatório da Conferência Internacional Alma-ATA*. Brasília, 1979. (Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde).

PAIM, J. S. *Saúde, Crises e Reformas*. Salvador: Centro Editorial e Didático da Universidade Federal da Bahia, 1986.

PAIM, J. S. A democratização da Saúde e o Suds: o caso da Bahia. *Saúde e Debate*, 27: 5-11, 1990.

PAIM, J. S. *Recursos Humanos em Saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.

PAIM, J. S. & NUNES, T. C. M. N. Contribuições para um programa de educação continuada. *Cadernos de Saúde Pública*, 8(3): 263, 1992.

PROGRAMA DE ESTUDOS SÓCIO-ECONÔMICOS EM SAÚDE (PESES). Investigação nacional sobre o ensino da medicina preventiva. *Relatório de Pesquisa*. Rio de Janeiro, 1978.

RODRIGUEZ NETO, E. A via do Parlamento. In: FLEURY, S. (Org.) *Saúde e Democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos Editorial, 1977.

SADER, E. *Quando Novos Personagens Entraram em Cena*. São Paulo: Paz e Terra, 1988.

SANTOS, R. C. N. A história do Projeto Montes Claros. In: FLEURY, S. (Org.) *A Utopia Revisitada*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

SAVIANI, D. *Escola e Democracia*. Campinas: Mercado das Letras, 1994.

SECRETARIA ACADÊMICA (SECA)/ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA (ENSP). *Relatório do Serviço de Gestão Acadêmica da ENSP*. Rio de Janeiro, 1998. (Mimeo.)

SEIXAS. J. C. *Previsão da Capacidade de Compromisso da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo através da Aplicação da "Técnica de Programação do Setor Público"*, 1972. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

STEPAN, N. *Gênese e Evolução da Ciência Brasileira*. Rio de Janeiro: Artenova, 1976.

TEIXEIRA, C. F. *Educação em Saúde: contribuição ao estudo da formação dos agentes da prática de saúde no Brasil*, 1982. Dissertação de Mestrado, Salvador: Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia.

TEIXEIRA, M. O. *Relações de Parceria do Cepel com Universidades e Centros de Pesquisas: uma análise sócio-técnica*, 1994. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola de Engenharia, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

TEIXEIRA, M. O. *Uma Análise Sócio-Técnica nas Relações de Parceria entre Centros de Pesquisa e a Construção de Tecnologias no Setor Energético*. Rio de Janeiro, 1997. (Mimeo.)

TESTA, M. *Pensar em Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, Abrasco, 1992.

TESTA, M. (Org.) *Saber en Salud: la construcción del conocimiento*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

VILAÇA, E. O processo social de distritalização da Saúde. In: VILAÇA, E. (Org.) *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias no Sistema Único de Saúde*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1994.

VINCK, D. *Politique de la Science et de la Technologie: du laboratoire aux reseaux - le travail scientifique en mutation*. Bruxelas: Commission des Communautés Européennes, 1992. (Mimeo.)

Bibliografia

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). *Relatórios Finais dos Grupos de Trabalho do Curso "Ensino da Saúde Pública"*, realizado em julho de 1981. Rio de Janeiro, 1982.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). *Relatório Final do I Fórum Nacional sobre Residência em Medicina Preventiva, Medicina Social e Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 1982.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). I Encontro Nacional de Residentes em Saúde Coletiva. *Relatório*. Rio de Janeiro, 1984. (Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil).

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). II Fórum Nacional de Residências em Medicina Preventiva e Social. *Relatório*. Rio de Janeiro, 1984.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Curso de Atualização para Docentes e Pesquisadores em Planejamento de Saúde. *Relatório*. Rio de Janeiro, 1984.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Grupo de Trabalho sobre Avaliação e Proposta para os Cursos de Saúde Pública – 1984. *Relatório*. Rio de Janeiro, 1984.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). I Reunião Nacional sobre Ensino e Pesquisa em Epidemiologia. *Estudos de Saúde Coletiva*, 4: 93-105, 1986.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Seminário sobre perspectivas da epidemiologia frente a reorganização dos serviços de saúde. *Estudos de Saúde Coletiva*, 4: 111-124, 1986.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Situação atual do ensino e da pesquisa da epidemiologia na pós-graduação em saúde coletiva. Comissão organizadora do IRNEP em epidemiologia. *Estudos de Saúde Coletiva*, 4: 53-68, 1986.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Pesquisa em saúde coletiva. *Estudos de Saúde Coletiva*, 41-50, 1986.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). *A Produção Científica na Área da Saúde Coletiva no Brasil: 1984-1988*. Caxambu, 1988. (Mimeo.)

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). *II Seminário de Avaliação. Documento Preliminar: subsídios para avaliação*. Caxambu, 1988. (Mimeo.)

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). *Projeto Integrado de Pesquisa: avaliação da pós-graduação stricto sensu em saúde coletiva no Brasil*. Rio de Janeiro, 1994. (Mimeo.)

AGOSTINHO, S. Acerca da doutrina cristã. In: MAGALHÃES, R. (Org.) *Textos de Hermenêutica*. Porto: Rés, 1984.

ALMEIDA FILHO, N. & PAIM, J. S. *A Saúde Coletiva e a "Nova Saúde Pública": novo paradígma ou velha retórica*. Salvador, 1995. (Mimeo.)

ALMEIDA FILHO, N. *Novos Paradigmas em Saúde: tentativas de aplicação*. Salvador, 1997. (Mimeo.)

ANSART, P. Ideologias, mecanismos, instituições. In: ANSART, P. (Org.) *Ideologias, Conflitos e Poder*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

BERTOLLI FILHO, C. *História da Saúde Pública no Brasil*. São Paulo: Ática, 1996.

BRASIL. Decreto-lei 200, 25 fev. 1967. Dispõe sobre a Organização da Administração Federal, estabelece Diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras Providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1967.

BRASIL. Decreto-lei 5.727, 4 nov. 1971. Dispõe sobre o Primeiro Plano Nacional de Desenvolvimento-PND 1972/1974. Rio de Janeiro: Gráfica da Fundação IBGE, 1971.

BRASIL. Ministério da Saúde/Ministério da Educação/Opas. *Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde*. Brasília, 1975.

BRASIL. *Programa de Interiorização das Ações de Saúde e de Saneamento no Nordeste*. Brasília: Instituto de Planejamento Econômico e Social/Centro Nacional de Recursos Humanos, 1976.

BRASIL. Ministério da Educação. *Programa de Integração Docente-Assistencial – IDA*. Brasília: Ministério da Educação, 1981. (Série Cadernos de Ciências da Saúde, 3).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Ministerial 33062, 23 ago. 1982. Cria o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde. Brasília, 1982.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento II. In: COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA. Brasília, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Coletânea de Atos e Nomeações de Ministros de Estado da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRITO, P. Reformas setoriales, trabajo en salud y gestión de recursos humanos. In: HADDAD, J. Q. & PINEDA, E. B. (Eds.) *Educación Permanente de Personal de Salud: la gestión del trabajo - aprendizaje en los servicios de salud*. Opas (Representación de Honduras), 1997.

BRITTO, J. Redes de Firmas: modus operandi e propriedades internas dos arranjos inter-industriais cooperativos. Rio de Janeiro, 1996. (Mimeo.)

CAMPOS, F. E. & GIRARDI, S. N. *Caracterização dos Programas de Residência de Medicina Preventiva e Social no Brasil*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1984.

CANDEIAS, N. M. F. Memória histórica da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo: 1918-1945. *Revista de Saúde Pública*, 18: 2-60, 1984.

CARVALHEIRO, J. R. Medicina preventiva e social: o ponto de vista da universidade. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 8(2): 112-126, 1984.

CARVALHO, A. I. Da saúde pública às políticas saudáveis: saúde e cidadania na pós-modernidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, 1: 104-121, 1996.

COSTA, M. G. S. *A Prática e a Formação do Sanitarista: o caso de Alagoas 1979-1986*, 1988. Tese de Mestrado, Salvador: Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia.

COSTA, N. R. *Política e Projeto Acadêmico: notas sobre a gênese do campo da saúde*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, 1992.

DE BRUYNE, P.; HERMAN, J. & DE SCHOUTHEETE, M. *Dinâmica da Pesquisa em Ciências Sociais: os pólos da prática metodológica*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

ELIAS, P. E; MARSÍGLIA, R. & GONÇALVES, R. B. Contribuições para o debate sobre residência em medicina preventiva e social no Brasil. *Estudos de Saúde Coletiva*, 5: 27-46, 1988.

ESCOREL, S. Projetos Montes Claros: palco e bandeira de luta, experiência acumulada do movimento sanitário. In: FLEURY, S. T. (Org.) *A Utopia Revisitada: Projeto Montes Claros*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

FOUCAULT, M. *Origens da Medicina Social*. 2ª Conferência. Rio de Janeiro, 1974. (Mimeo.)

GARCIA, J. C. Análisis de la educación médica en la América Latina. In: OPAS (Org.) *La Educación Médica en América Latina*. Washington: Opas, 1972.

GARCIA, J. C. El proceso de enseñanza. In: OPAS (Org.) *La Educación Médica en América Latina*. Washington: Opas, 1972.

GIL, A. C. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo: Atlas, 1995.

GIOVANELLA, L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. *Cadernos de Saúde Pública*, VII: 1, 1991.

GONÇALVES, R. B. *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde*. São Paulo: Hucitec, Abrasco, 1994.

GRUPPI, L. Os cadernos do cárcere. In: GRUPPI, L. (Org.) *O Conceito de Hegemonia em Gramsci*. 2. ed. São Paulo: Graal, 1980.

HOCHMAN, G. A ciência entre a comunidade e o mercado: leituras de Kuhn, Bourdieu, Knoor Cetina e Latour. In: PORTOCARRERO, V. (Org.) *Filosofia, História e Sociologia das Ciências: abordagens contemporâneas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

IRIART, C. et al. *Tecnoburocracia Sanitaria: ciencia, ideología y profesionalización en la salud pública*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1994.

LABRA, M. E. *O Movimento Sanitarista nos Anos 20: da conexão sanitária internacional à especialização em saúde pública no Brasil*, 1985. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas.

LABRA, M. E; VANSTRALEN, C. & SCOCHI, M. J. A especialização em saúde pública no Brasil no período 1982-1986. *Estudos de Saúde Coletiva*, 5: 47-96, 1988.

LATOUR, B. Joliot: l'histoire et la physique mêlées. In: SERRES, M. (Org.) *Elements d'Histoire des Sciences*. Paris: Bordas, 1989.

LAW, J. & LODGE, P. *Science for Social for Scientists*. Londres: Macmillan Hess London, 1984.

LUCKESI, C. C. et al. *Fazer Universidade: uma proposta metodológica*. São Paulo: Cortez, 1984.

MACHADO, C. J. S. *Cientista e Engenheiros em Ação: um perfil da antropologia das ciências e das técnicas de Bruno Latour*, 1991. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola de Engenharia, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

MANNHEIM, K. *Ideologia e Utopia*. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

MARSÍGLIA, R. G. *Relação Ensino/Serviços: dez anos de integração docente assistencial (IDA) no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1995.

MAYER, A. C. A importância dos "quase-grupos" no estudo das sociedades complexas. In: BIANCO, B. F. (Org.) *Antropologia das Sociedades Contemporâneas*. São Paulo: Global Universitária, 1987.

MELLO, C. G. *O Sistema de Saúde em Crise*. São Paulo: Cebes, Hucitec, 1981. (Coleção Saúde em Debate)

MERHY, E. E. A rede básica como uma construção de saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (Orgs.) *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo, Buenos Aires: Hucitec, Lugar Editorial, 1997.

MINAYO, C. *A Pós-Graduação em Saúde Coletiva: um projeto em construção*. Rio de Janeiro, 1997. (Mimeo.)

MORIN, E. *O Problema Epistemológico da Complexidade*. Lisboa: Publicações Europa - América, 1984.

MORIN, E. A construção da sociedade democrática e o papel da educação e do conhecimento para formação do imaginário do futuro. In: GROSSI, E. P. & BORDIN, J. (Orgs.) *Construtivismo Pós-piagetiano*. Petrópolis: Vozes, 1993.

NOVAES, R. L. *Reflexões sobre a Delimitação do Campo da Saúde Coletiva*. Caxambu, 1988. (Mimeo.)

NUNES, E. D. (Org.) *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília: Opas, 1985.

NUNES, E. D. *Saúde Coletiva: história de uma idéia e de um conceito*. Conferência apresentada na Reunião sobre Residência em Medicina Preventiva e Social. São Paulo, Abrasco, 1995. (Mimeo.)

NUNES, E. D. *Saúde Coletiva: uma trajetória em questão - refletindo sobre a produção científica no campo das políticas de saúde*. Rio de Janeiro, 1993. (Mimeo.)

NUNES, T. C. M. A formação de recursos humanos: algumas anotações referenciadas pela constituição do campo da saúde coletiva no Brasil. *Divulgação em Saúde para Debate*, (Cebes), 1997.

NUNES, T. C. M.; CAMPOS, F.; & TELLES, J. L. Modalidades de formação em saúde coletiva. *Relatório da oficina de trabalho*. In: IV CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA: SAÚDE, O FEITO POR FAZER. Recife, 1994. (Mimeo.)

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). *Plan Decenal de Salud para las Américas*. Informe Final de la Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Santiago de Chile, 1972.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). Una iniciativa OPS-OMS: reflexiones iniciales. In: ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). *La Crisis de la Salud Pública: reflexiones para el debate*. Washington: Opas, 1992.

PAIM, J. S. *Medicina Familiar no Brasil: movimento ideológico e ação política*. Salvador, 1985. (Mimeo.)

PAIM, J. S. Bases Conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In: FLEURY, S. (Org.) *Saúde e Democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

PAIM, J. S. A democratização da Saúde e o Suds: o caso da Bahia. *Revista Saúde em Debate*, 27: 5-11, 1990.

PEÇANHA, A. M. M. Fundação Serviços de Saúde Pública (Fsesp): um estudo de desenvolvimento institucional. *Revista da Fundação Sesp*, tomo I(1): 63-115, 1976.

PINHEIRO, T. X. *Saúde Pública, Burocracia e Ideologia: um estudo sobre o Sesp (1942-1974)*, 1992. Dissertação de Mestrado, Natal: Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

POLANCO, X. Une science-monde: la mondialization de la science européemme et la création de tradition scientifiques locales. In: POLANCO, X. (Org.) *Naissance et Développement de la Science Monde: production et reproduction des communantés scientifiques en Europe et en Amérique Latine*. Paris: La Decóuverte-Conseil de L'Europe, Unesco, 1990.

PIRES-ALVES, F. A. & PAIVA, C. H. A. *Recursos Críticos: história da cooperação técnica Opas-Brasil em recursos humanos para a saúde (1975-1988)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

SAVIANI, D. *Política e Educação no Brasil*. São Paulo: Cortez, Autores Associados, 1988.

SCHRAIBER, L. B. Ciência, Trabalho e Trabalhador em Saúde: contribuições de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves para a compreensão da articulação entre saber, prática e recursos humanos. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, 14: 7-9, 1996.

SIUSSIUKÁLOU, B. I. & COLL, C. Materialismo dialético. In: SIUSSIUKÁLOV, B. I. et al. (Orgs.) *Fundamentos Metodológicos e Métodos do Estudo da Filosofia*. Moscou: Progresso, 1986.

STEIN, E. Dialética e hermenêutica: uma controvérsia sobre o método em filosofia. In: STEIN, E. (Org.) *Dialética e Hermenêutica*. Porto Alegre: LPM, 1987.

SZKLO, F. *Uma Avaliação e Perspectiva do Programa de Saúde Coletiva*. Caxambu, 1988. (Mimeo.)

STEIN, E. Aspectos filosóficos e sócio-antropológicos do construtivismo pós-piagetiano – II. In: GROSSI, E. P. & BORDIN, J. (Orgs.) *Construtivismo Pós-Piagetiano: um novo paradigma sobre aprendizagem*. Petrópolis: Vozes, 1993.

TARRIDE, M. Complejidad y sistemas complejos. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, II: 46-66, 1995.

TEIXEIRA, A. *Educação no Brasil: textos selecionados*. Brasília: MEC Editora, 1976.

TEIXEIRA, M. *Algumas Considerações sobre o Papel das Relações de Parceria entre Centros de Pesquisa e a Construção de Tecnologias no Setor Energético*. Rio de Janeiro, 1996. (Mimeo.)

TERRIS, M. *O Mundo Necessita de Escolas de Saúde Pública*, 1987. (Mimeo.)

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELLOS, M. P. C. Os (des)caminhos da saúde pública. In: VANCONCELLOS, M. P. C. (Coord.) *Memórias da Saúde Pública: a fotografia como testemunha*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1995.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO/FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA (USP/FSP). *Catálogo de Cursos de Pós-Graduação*. São Paulo: FSP, 1994. (Série 3)